

El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social

MANUEL URBINA-FUENTES*
JOSE LUIS PALMA-CABRERA
ADELAIDA GOMEZ DEL CAMPO

Para cada entidad federativa se cuantificó el impacto que tiene la planificación familiar sobre el bienestar social. Considerando a la fecundidad como la variable más importante del crecimiento poblacional del país en los últimos años, y de la cual seguirá dependiendo la estructura, volumen y dinámica demográfica, se adaptó un paquete de cómputo y se elaboraron proyecciones de población al año 2010 para ilustrar, a través de indicadores sencillos, el efecto que a mediano plazo puede tener un programa de planificación exitoso o uno deficiente en términos de las necesidades futuras de salud, educación, vivienda y empleo. Finalmente se plantearon algunas estrategias programáticas y operativas para reforzar la planificación familiar en los sistemas locales de salud y en comunidades rurales dispersas.

CLAVES: Fecundidad, proyecciones de población, programación, cobertura.

SUMMARY

The impact that family planning has on social welfare was quantified for each federal entity. Considering fertility the most important variable of the population growthrate during the last years, and the demographic dynamic in the future, a package of software was adapted to elaborate population projections up to the year 2010, in order to show, through basic indicators, the effect that in a middle-term of a successful or deficient family planning program, in terms of future needs of health, education, housing and job employment. Finally, programatic and operative strategies were expounded to reinforce family planning activities at local health systems and dispersed rural communities.

KEY WORDS: Fertility, population projections, programming, coverage.

Trabajo de ingreso del doctor Manuel Urbina-Fuentes a la Academia Nacional de Medicina, presentado en sesión ordinaria del 13 de septiembre de 1989.

* Académico numerario. Secretario General. Consejo Nacional de Población.

José Luis Palma-Cabrera y Adelaida Gómez del Campo. Asesores. Consejo Nacional de Población.

Introducción

La población del mundo sobrepasa actualmente, los cinco mil millones de habitantes. Transcurrieron cuatro millones de años para llegar al primer millar de millón hacia el año 1800, otros ciento treinta para el segundo millar, treinta y nueve años para el tercero, catorce para el cuarto y sólo doce años para completar los cinco mil millones en 1987. Cada año se agregaron al mundo ochenta y tres millones de seres humanos. Esta es la población que tenía México en 1988.^{1,3}

Según sus condiciones demográficas podemos advertir tres tipos de países. Uno donde las tasas de natalidad y mortalidad son altas; en el segundo la mortalidad ha disminuido pero la natalidad todavía resulta elevada; un tercero que abarca los países más desarrollados donde los índices de mortalidad y natalidad han disminuido y es posible tiendan a igualarse, condición necesaria y suficiente para anular el crecimiento de la población (en ausencia de movimientos migratorios importantes).

Esta visión simplificada incluye importantes variaciones y excepciones, pero ha sido aceptada y permite hacer interpretaciones de la evolución y consecuencias que tendrá el crecimiento de la población. Estas son de orden social, económico, político, psicológico y ecológico, y las facetas y los problemas que de ellas se derivan repercuten, sobre individuos, familias y comunidades y, según los tres tipos de países referidos, serán la magnitud y las opciones para prevenir consecuencias tales como la contaminación, la mala nutrición, el analfabetismo, el hacinamiento, el desempleo, la falta de agua, áreas de recreación, energía, servicios de salud y vivienda, entre las más apremiantes.

Tomando en consideración que desde el punto de vista de la salud, el hombre es, en general, más producto de su medio ambiente que de su dotación genética, las consecuencias que hemos mencionado afectan la salud individual y colectiva de manera directa o indirecta.⁴

En México, el crecimiento demográfico siempre se ha considerado estrechamente relacionado con el desarrollo. Su evolución durante este siglo ha dependido del desarrollo socioeconómico aunado a una paz social y a una estabilidad política -excepto durante el periodo revolucionario, y a las políticas de población impulsadas desde la esfera gubernamental originalmente pronatalistas -reforzadas por el amargo recuerdo de la pérdida de la mitad de nuestro territorio, que se atribuía a su virtual despoblamiento- y, de 1974 a la fecha, tendientes a regular el incremento poblacional de acuerdo con las metas del desarrollo nacional.

Entre 1940 y 1970 se pasó de una sociedad mayoriti-

ariamente agraria a una urbana. La mortalidad y la morbilidad decrecieron mientras que se incrementó la esperanza de vida, hechos que, aunados a los altos niveles de fecundidad dieron lugar al crecimiento acelerado y rejuvenecimiento poblacional.

De esta manera la tasa anual llegó a 3.5 por ciento una de las más altas del mundo, en otros términos el volumen de población se duplicó cada veinte años y se pasó de 19.6 millones en 1940 a 69.7 en 1980.

Sin embargo, al inicio de la década de los setenta se presenta el descenso de la fecundidad. La tasa global de fecundidad (TGF-promedio de hijos nacidos vivos durante el periodo reproductivo, 15-49 años), pasó de 6.3 en 1970 a 3.8 en 1986, lo que significa una reducción de casi 40 por ciento. Asimismo, también se observa una reducción en todos los grupos de edad.⁵ (Cuadro I).

Cuadro I

Tasas específicas y globales de fecundidad				
Edad	1974	1978	1982	1986
15-19	0.130	0.132	0.105	0.084
20-24	0.270	0.242	0.229	0.202
25-29	0.275	0.229	0.194	0.203
30-34	0.229	0.189	0.155	0.143
35-39	0.194	0.140	0.116	0.097
40-44	-	0.064	0.045	0.034
45-49	-	-	0.008	0.005
TGF	6.04	5.03	4.25	3.84

Entre las variables que influyen en la fecundidad se encuentran: proporción de mujeres que están casadas; duración de infertilidad posparto; uso y efectividad de los anticonceptivos y prevalencia del aborto inducido. En nuestro país, la variable más importante para el descenso de la fecundidad ha sido el uso de anticonceptivos a través del incremento de la cobertura de los servicios de planificación familiar.

En 1973, aproximadamente novecientos mil parejas controlaban su fecundidad aunque no contaban con el acceso a los servicios gubernamentales de planificación familiar, sino sólo con las farmacias. Para 1987 esta cifra aumentó a siete y medio millones, con preferencia por los de mayor efectividad.⁶ (Cuadro II).

Estos niveles de uso han repercutido de manera importante en el descenso de la fecundidad, provocando a su vez que el ritmo de crecimiento de la población mexicana haya descendido fuertemente. Sin embargo,

Cuadro II

Usuarías activas por tipo de anticonceptivo y porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan anticonceptivos. 1976 - 1987

	1976	1979	1982	1987
Pastillas	35.9	33.0	29.7	18.0
DIU	18.7	16.1	13.8	19.9
Ligadura	8.9	23.5	28.1	36.4
Vasectomía	0.6	0.6	0.7	1.4
Inyecciones	5.6	6.7	10.6	5.2
Métodos locales	7.0	5.0	4.1	4.7
Métodos tradicionales	23.3	15.1	13.0	14.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
MEFU (%)	30.2	37.8	47.7	53.0

este fenómeno es producto del comportamiento reproductivo de las parejas únicamente en el Distrito Federal y otras siete entidades federativas (Baja California, Chihuahua, Coahuila, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas) en donde vive el 40.8 por ciento del total de habitantes, y que presentan los niveles de fecundidad más bajos. Los restantes se consideran de alta fecundidad; el promedio de hijos por mujer es más de cuatro y su número de habitantes se duplica cada veinte años. Asimismo, aún cuando la cobertura de los servicios ha avanzado tanto en las zonas urbanas como en las rurales, la distancia que las separa es aún muy grande: 63 por ciento en las parejas que radican en las primeras y 33 por ciento en las segundas.

Este trabajo se realizó para ilustrar el impacto que tiene el programa de planificación familiar sobre el bienestar social, las implicaciones que tiene si es exitoso o deficiente en términos de necesidades futuras y la importancia de utilizar variables demográficas en la planeación y distribución de recursos.

Material y métodos

Debido a que la fecundidad ha sido la principal determinante del comportamiento demográfico del país, y el programa de planificación familiar (PPF) una de las instancias de mayor efecto en su tendencia, se elaboró para cada entidad federativa, proyecciones de población al año 2010 para mostrar el impacto que a mediano plazo puede tener dicho programa sobre diversos sectores. Se considera desde dos extremos: sin progreso por

falta de recursos, hasta exitoso por recibir apoyo político, financiero y técnico.

Para la elaboración de las proyecciones se adaptó el paquete de computación RAPID (*Resources for the awareness of population impact on development*). Se modificó el número de variables estudiadas, se tradujo al español y se diseñaron gráficas, tablas y figuras especiales.⁷⁻⁹

Con base en la información del Consejo Nacional de Población, la Secretaría de Salud y otros organismos gubernamentales, se construyó un banco de variables para cada estado, a través del cual se traducen las necesidades futuras de la población en dichas entidades en términos de salud, educación, vivienda y algunos indicadores económicos para mantener al menos los mismos niveles de satisfacción que existían en 1980.¹⁰⁻¹³

Para este propósito se consideraron tres opciones de crecimiento poblacional para el país en su conjunto:

A) Histórica (PPF estancado desde 1980): TGF con valor 4.0 desde 1980 en adelante; esperanza de vida (EV) de 67.3 años de 1986 a 73.6 en 2010; saldo neto migratorio (SNM) constante de -105,855 habitantes anuales.

B) Intermedia (PPF poco eficiente): TGF que disminuye de 4.0 en 1980 a 2.71 en el 2010; EV y SNM mantienen el mismo aumento y niveles de la opción A.

C) Programática (PPF exitoso y una opción para cumplir con las metas demográficas establecidas por CONAPO): TGF se reduce de 4.0 en 1980 a 2.12 en el 2010; EV y SNM se mantienen en el mismo aumento y niveles de la opción A.

Resultados

1. Proyecciones demográficas

Población total

Si en el país la fecundidad se hubiera mantenido constante desde 1980, probablemente contaría en el año 2000 con 115.4 millones de habitantes y en el 2010 con 147.7 millones, en tanto que el descenso de la fecundidad a los niveles programados puede significar para México 15.6 millones de habitantes menos en el año 2000 y 34.4 en el 2010. (Figura 1).

Total de nacimientos

En lo que se refiere al número de nacimientos, y de continuar con las tendencias, en el año 2010 se registrarían 4.1 millones, mientras que si se cumpliera con las

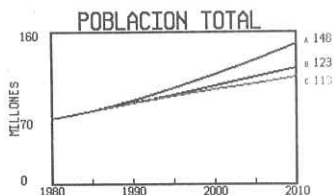


Figura 1.

metas de crecimiento establecidas por CONAPO se registrarían únicamente 2 millones de nacimientos. Esto significa que solamente en ese año se estarían evitando 2.1 millones. (Figura 2).

Estructura por edad de la población

En lo que respecta a la estructura por edad y sexo de la población nacional, ésta se encontraba en expansión ya que en 1980 los menores de 15 años constituyeron el 44.23 por ciento. (Figura 3).

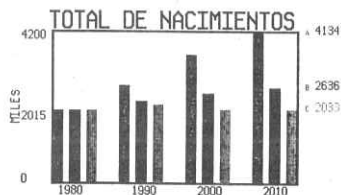


Figura 2.

Si se cumpliera con las metas de crecimiento, hacia el año 2010 a pesar del ímpetu demográfico, se registraría un cambio muy significativo en la distribución por grupos de edad de la misma. El número de menores de 15 años disminuiría considerablemente con respecto al total de la población, y la proporción de población en edad de trabajar, que también está en edad de reproducirse, aumentaría constituyendo el grupo mayoritario al formar parte de él el 69 por ciento de los habitantes del país. Por otra parte, al angostarse la base de la pirámide, la población tendería a dejar de crecer

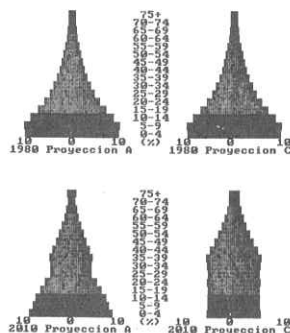


Figura 3. Pirámide de población.

en el largo plazo.

Asimismo, el número de personas mayores de 64 años aumentaría significativamente en términos relativos (en términos absolutos el volumen de población en estas edades sería el mismo en ambas proyecciones), por lo que habría que contemplar una redistribución de los recursos que hasta ahora se han destinado a educación básica, hacia la creación de nuevos empleos y la inversión en infraestructura destinada a los ancianos.

Por otro lado, en la opción histórica el grupo de menores de 15 años seguiría constituyendo cerca de la mitad de la población total en el año 2010.

2. Salud

Médicos

En 1980 el país contaba con un médico del sector público por cada 1,283 habitantes.

Considerando que este indicador permaneciera sin cambios, para el año 2010 se necesitarían más del doble de médicos de los que existían en 1980 en la opción histórica; es decir 115 mil médicos en el sector público, mientras que en la programática esta cifra sería de 88 mil. (Figura 4).

El nivel ideal para este indicador propuesto por COPLAMAR es de 1,117 habitantes por médico.

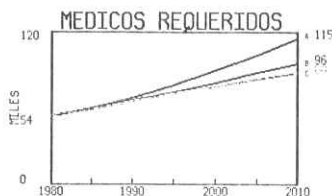


Figura 4.

Unidades médicas

En lo que respecta a la relación entre habitantes e

instituciones públicas de salud, el país registró en 1980 6,624 habitantes por cada unidad médica del sector público, incluidos hospitales, centros de salud, etc. Si esta proporción se mantiene constante para el año 2010 se tendrían que construir 11,782 unidades médicas más, en el caso de la opción histórica, o la mitad de ellas si se cumpliera con las metas de crecimiento demográfico (Figura 5).

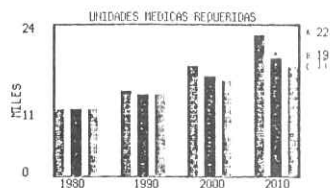


Figura 5.

Camas de hospital

Las camas censables del sector público en el país sumaron en 1980 58,038, lo que implica 1,202 habitantes por cama, mientras el indicador propuesto por el COPLAMAR a este respecto es de 532 habitantes por cama.

Comparando las opciones histórica y programática se puede observar que, sin suponer cambios en la relación población cama de hospital de 1980, entre ambas opciones aparecería una diferencia de 27,312 camas en el año 2010. (Figura 6).

3. Educación

En la República Mexicana la razón de matrícula escolar de primaria en 1980 fue de 123.5 por ciento lo que implica que en ese año estaban inscritos 15.3 millones de niños; esta cifra incluye niños en edad escolar y a los menores de quince pero mayores de once años que cursaban algún grado. Suponiendo que la razón de matrícula en el año 2010 fuera del 100 por ciento, es decir, que solamente se matricularan niños de 6 a 11

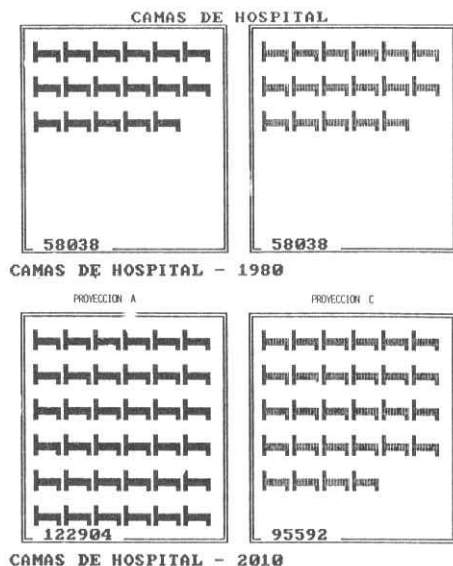


Figura 6.

años de acuerdo con la opción histórica se deberían registrar 21.5 millones de escolares, o un número menor al registrado en 1980 (11.7 millones) si la fecundidad disminuye. Esta diferencia implica un ahorro de matrícula considerable pues significarían aproximadamente 10 millones de alumnos menos en el año 2010. (Figura 7).

Por cuanto al número de maestros de primaria

necesario para atender a los estudiantes, al menos en la proporción de 39 alumnos por maestro de 1980 -es decir, sin considerar ninguna mejoría en la calidad de la atención-, para el año 2010 habría una diferencia de 249,742 maestros entre las dos opciones extremas, esto es, dos tercios del número de maestros existente en 1980. (Figura 8).

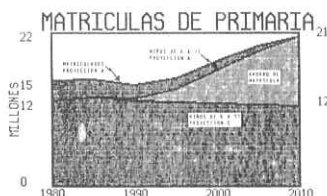


Figura 7.



Figura 8.

4. Vivienda

En lo que se refiere a viviendas, en 1980 existían en el país 12,074,609 viviendas particulares; el 50 por ciento no disponía de agua entubada dentro de la misma y el 21.8 por ciento carecía de electricidad; el número de habitantes por vivienda en 1980 era de 5.5. El número de viviendas requerido para los próximos años dependerá, sobre todo, de la cantidad de familias. Según la proyección programática de población para 2010 será necesario construir 1.1 millones de viviendas anualmente, si se considera constante la relación actual del número de familias por vivienda, y si se supone además que cada año es necesario reemplazar aproximadamente el 2 por ciento de las viviendas existentes. En el caso de la proyección histórica, este requerimiento anual sería de poco menos de 1.5 millones de viviendas. (Figura 9).



Figura 9.

5. Empleos

Requerimiento de nuevos empleos

La necesidad de crear nuevos empleos será uno de los aspectos donde se generará mayor presión durante los próximos años, pues la demanda de empleos crecerá muy rápidamente debido a que el grupo mayoritario de la población, los que ahora son niños, buscarán incorporarse a la fuerza de trabajo.

Si en 1980 era necesario crear anualmente 673,233 nuevos empleos, para 2010 serán necesarios 1,238,349 según la opción histórica o 560,210 según la programática. En este caso, el cumplir con las metas de crecimiento

establecidas, significa dejar de crear 678,139 empleos en un año, lo que puede facilitar una reubicación de los recursos existentes hacia otros sectores. (Figura 10).



Figura 10.

Discusión

Este tipo de análisis resulta útil para la toma de decisiones de planeación, presupuesto y control, ya que proporciona una visión de conjunto de diversos sectores, propiciando una distribución más racional de los recursos, ya que no obstante el descenso de la fecundidad, la población del país seguirá creciendo.

El programa de planificación familiar enfrenta ciertos obstáculos necesarios de superar para continuar con éxito durante los próximos años. Para enfrentarlos se plantean tres estrategias:

1) *De planeación*, para actuar de manera coordinada con las instituciones de los sectores público y privado a través de objetivos, metas y estrategias acordadas en programas estatales sectoriales. Para ello, se requiere elaborar para cada entidad federativa: a) diagnósticos sociodemográficos, b) metas sectoriales estatales, c) proyecciones del impacto del programa y d) un programa para cada institución, para consolidar planteamientos coordinados en relación con: la infraestructura operativa; la supervisión; la capacitación; el sistema de información; la promoción educativa, y la logística de suministros, fundamentalmente en los sistemas locales de salud.

2) *De ampliación de la oferta de servicios por medio de*

la extensión de cobertura. Debido a que el uso de métodos anticonceptivos en las zonas urbanas de nuestro país es ya elevado, no es de esperarse que su incremento continúe con la misma fuerza que en años anteriores. De esta manera, el aumento de la cobertura en las comunidades rurales se convierte en una condición necesaria para el logro de la meta nacional que se ha planteado.

En una primera etapa, se debe consolidar la cobertura en las 13,300 comunidades rurales de 500 a 2,500 habitantes, para prestar los mínimos servicios de salud que incluyan: planificación familiar, hidratación oral, inmunizaciones, atención al menor de cinco años y control prenatal, mediante auxiliares de salud y personal voluntario de la comunidad o profesional de la salud; en una segunda etapa, iniciar la extensión de la cobertura a las localidades de menos de 500 habitantes.

3) De ampliación de la demanda de servicios, para lo cual se necesita material educativo que pueda ser difundido a través de cine, radio y televisión locales, así como fomentar en cada estado material impreso para promover y realizar pláticas, seminarios, conferencias y visitas domiciliarias.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó con el apoyo de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud y la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

Referencias

1. World development report 1984. Published by the World Bank. New York: Oxford University Press 1984; 1-10.
2. Camposortega CS. Demos, carta demográfica sobre México, 1988; 1:3.
3. Alba F, Potter EJ. Population and development in México since 1940: an interpretation. Population and development review, 1986; 12: 47.
4. Dubos R. Man adapting. New Haven and London: Yale University Press, Ltd., 1973; 34-38.
5. Palma CY. Niveles de Fecundidad. En: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987. Memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988. Secretaría de Salud, 1988; 79-92.
6. Urbina FM. Planificación Familiar. En: Soberón G, Kumate J y Laguna J. compiladores. La Salud en México: testimonios 1988. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica S. A. 1988; 136-155.
7. Stover J. Description of the RAPID Socioeconomic model. Connecticut: The Futures Group 1983.
8. Haupt A, Kane T. Guía rápida de población. Washington: Population Reference Bureau Inc 1980.
9. Bogue D. Techniques for making functional Population Projections. En: Community and family study center. Family Planning Research and Evaluation Manual. Chicago: University of Chicago Press 1980; 13.
10. Pescador J. La educación de adultos y el mercado de trabajo. En: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Investigación Demográfica en México, 1980. México D. F.: CONA-

CYT 1982.

11. Brambila C. Saldo neto migratorio por edad y sexo para 32 entidades federativas, México: 1940-1980 (Resultados preliminares). México, mimeografiado, 1984.
12. García y Garmá I. Determinantes de la mortalidad infantil en México. En: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Investigación Demográfica en México, 1980. México D. F.: CONACYT 1982.
13. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH): Información Agropecuaria y Forestal. México D. F.: SARH 1981.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO); Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI): Proyecciones de Población Mexicana por Entidad Federativa, 1980-2010. México D. F.: CONAPO 1985.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI): Cuaderno de Información Oportuna Regional. México D. F.: Secretaría de Programación y Presupuesto 1984.
- Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. (COPLAMAR): Necesidades Esenciales en México-Salud. En: González Block, M. et. al.: La Salud de los Mexicanos en el año 2000: Perspectivas y Utopías. México, Mimeografiado, 1986.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA): Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988 (Versión corregida). Grupo Internacional de Planificación Familiar. México. Mimeografiado, 1984.
- Secretaría de Educación Pública (SEP): Pronóstico de Matrícula Primaria 1984-2001. México, SEP, 1984.
- Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP): X Censo General de Población y Vivienda, 1980. Resumen Nacional. México, SPP. 1985.

COMENTARIO

JORGE FERNANDEZ DE CASTRO*

El trabajo del doctor Manuel Urbina Fuentes "El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social", nos enseña como la demografía, la salud comunitaria y la inversión pública en programas y servicios, son términos inseparables en las ecuaciones de desarrollo socioeconómico de las naciones. A partir de las conclusiones del autor y sus colaboradores podemos percibir que la encrucijada poblacional en la que se encuentra México es la pieza más importante en el conjunto de acciones gubernamentales presentes y futuras que se realicen en favor de la salud y del bienestar de la población y de la distribución de los recursos.

En primer término se nos presenta un esquema de la evolución histórica de la población mexicana, con sus determinantes básicas, como son las tasas de natalidad y mortalidad. En la comparación internacional. México se ubica en el grupo de naciones que todavía presentan una elevada fecundidad. Nuestroria de condiciones aceptables de desarrollo social. A pesar del decremento

* Académico numerario.

de dicho indicador demográfico, y del consecuente descenso de la tasa de crecimiento poblacional. En veinticinco entidades federativas -habitadas por el 60 por ciento de los mexicanos- el promedio actual de hijos por mujer es de cuatro; y el intervalo para la duplicación del número de habitantes es apenas de 20 años. Esta situación está íntimamente ligada al mayor o menor éxito del programa de planificación familiar.

En otro capítulo de este trabajo se exponen los métodos seguidos para cuantificar el incremento futuro de la población nacional y sus consecuencias en las variables socioeconómicas que los autores se propusieron analizar. Nos parece del todo válido su punto de partida para establecer las tres posibilidades de crecimiento poblacional en los siguientes veinte años: la histórica, la intermedia y la programática, esta última identificada como la planteada por el programa de planificación familiar.

La comparación entre la proyección histórica y la programática evidencia la imperiosa necesidad de que se cumplan las metas poblacionales de dicho programa, única forma de alcanzar las otras metas, i.e., de salud y de bienestar social. El contraste resulta abrumador: si la población sigue creciendo como lo hizo históricamente, en los años 2000 y 2010 habrá, respectivamente, 115 y 147 millones de mexicanos, con alta proporción de menores de 15 años y no será posible cubrir las necesidades en materia de salud, vivienda, educación y empleo. De cumplirse las metas poblacionales, estas cifras se abatirán en 15 millones para el primero de los dos plazos señalados y en 34 millones para el segundo. Por supuesto, las dos opciones, con muy diferente patrón demográfico una de la otra, implican asimismo un distinto patrón epidemiológico y de demanda de servi-

cios de salud. Imaginemos, por ejemplo, que se mantiene y aún acrecienta nuestra ancha base de la pirámide poblacional, carente de vivienda y de las condiciones mínimas de higiene: se mantendrán asimismo las enfermedades infecciosas propias de la infancia y su enorme carga de daños a la salud; pero al mismo tiempo, habrá pasado a la llamada "tercera edad" un cuantioso número de mexicanos (en términos absolutos) que reclamarán para sí los servicios médicos y sabemos que la atención de ancianos es cara, prolongada, de alta especialidad y saturadora de camas del hospital.

Los problemas no sólo se conservan sino se agravan y retroalimentan entre sí: la población crece, obtiene paulatinamente menos servicios, se deterioran sus índices de salud, educación, empleo, bienestar, etc. y, como una población así -principalmente en el medio rural- es poco receptiva a los programas de planificación familiar, a la postre sigue creciendo, amén de que tales programas, en forma progresiva, se dificultan, se encarecen, pierden atractivo y aburren a los ofertantes y al público. La disyuntiva es muy clara: o se tiene éxito en estos próximos años en frenar el crecimiento demográfico, o ya no se logrará por las vías que seguimos en el presente.

Al dar al doctor Manuel Urbina Fuentes una calurosa bienvenida a nuestra agrupación, quiero dejar constancia de que la Academia Nacional de Medicina enriquece su acendrada inteligencia al recibir a este médico joven, talentoso, ejemplar e imaginativo funcionario de la Salud Pública Nacional. No vacilamos en calificar su trabajo de ingreso como uno de los más trascendentes presentados en este foro, dado que toca el punto clave de la salud y el bienestar futuros de la población mexicana.





PAUL EHRLICH
(1854-1915)

Paul Ehrlich nació en Strehlen, Silesia (Alemania) el 14 de marzo de 1854. Estudió medicina y se inició como asistente de clínica en Berlín (1878-1887), fue también profesor titular de Patología Clínica (1884), colaborador de Koch en el nuevo Instituto de Enfermedades Infecciosas. De 1895 a 1906 fue nombrado director de distintos institutos: el de Seroterapia, Terapéutica Experimental y Quimioterapéutica. En 1907 recibió el título de *Doctor Honoris Causa* de las Universidades de Oxford y Chicago. Ehrlich puede considerarse el primer representante de la biología patológica moderna; estableció métodos de función de células y tejidos vivos, que le permitieron precisar el diagnóstico de las enfermedades de la sangre y descubrió la diazo-reacción. Desde 1890 se ocupó de la inmunización por toxalbuminas vegetales, preparó el terreno para la fabricación de sueros curativos y estableció un método de titulación exacta. Defensor de los tratamientos con compuestos químicos, lo llevaron en 1907 al célebre descubrimiento del "Salvarsan", que publicó dos años más tarde, y que se denominó primero Erlich-Hata 606, porque era el preparado N° 606 examinado por Ehrlich y su colaborador Hata. El Premio Nobel de fisiología y medicina, junto con Metchnikoff, le fue concedido en 1908, "por sus trabajos de inmunización". Ehrlich murió el 20 de agosto de 1915 en Homburg (Hesse-Nassau).

J. S. P.

Premio Nobel en Medicina 1908.