

MTRA. JESSICA SAIDEN QUIROZ.

SECRETARIA TÉCNICA DEL COESPO DE YUCATÁN.

SECRETARIOS TÉCNICOS Y REPRESENTANTES DE LOS COESPOS Y ORGANISMOS EQUIVALENTES DE POBLACIÓN DE LA REGIÓN SUR-SURESTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

Buenas tardes a todas y a todos

En representación del Gobierno del Estado de Oaxaca encabezado por el Titular del Poder Ejecutivo Lic. Gabino Cué Monteagudo, y a nombre de la Dirección General de Población de Oaxaca, nos honra por este conducto, participar en tan importante foro de discusión y análisis, con vías a integrar el Programa Nacional de Población.

El presente foro de la zona Sur Sureste del país, conformado por los Estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Veracruz, Guerrero, Tabasco y Oaxaca, tendemos a que se incorporen nuestras propuestas y reflexiones, para la agenda que integrará el Programa Nacional de Población, dicho foro, es uno de los cuatro aprobados por la COCOEF en agosto pasado, teniendo la encomienda de tratar uno de los temas más sensibles poblacionalmente hablando, mismo que desarrollaré, y que se trata de "LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA" principalmente de las mexicanas.

1

Vale la pena destacar, que la integralidad en la conformación del Programa Nacional de Población, pasa inevitablemente por realizar primero, un preciso diagnostico sociodemográfico de la población radicada en el país, centrado eficientemente con datos actuales, y que abarque la pluralidad étnica y la multiculturalidad lingüística de las y los

mexicanos, radicados fundamentalmente en la región sur-sureste de la República.

Este apartado merece toda la atención, toda vez, que será uno de los puntos neurálgicos que nutrirán el Programa Nacional de Población. Siendo prudente al señalar, que me referiré someramente a los datos y en números redondos, particularizando lo porcentual, solo como referencia enfática.

A manera de introducción, debo contextualizar primeramente, el perfil de salud reproductiva de la región Sur-Sureste.

En México como en el resto de América Latina y el Caribe se registra un fuerte descenso de la fecundidad, que se inició apenas pasada la primera mitad del siglo pasado.

2

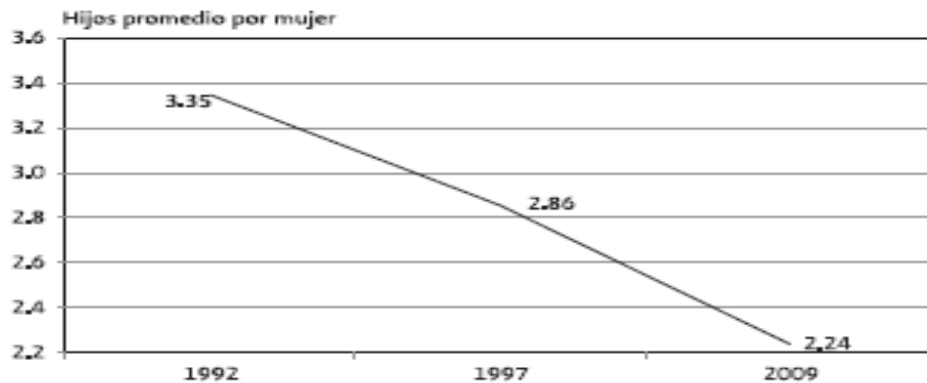
Esto, a pesar de los bajos niveles de fecundidad alcanzados en promedio y la gran convergencia de un país a otro.

Por otra parte, la desigualdad socioeconómica característica de esta parte de continente, conduce a que se mantengan diferencias sustantivas en los comportamientos reproductivos en las áreas geográficas de los países, así como las zonas rurales respecto de las urbanas y en los diferentes grupos poblacionales, étnicos y sociales.

Estas diferencias reflejan las limitaciones de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de estos grupos de la población, que quedan claramente vulnerables en lo que respecta a sus derechos reproductivos.

En este contexto, nuestro país no queda exento a estas consideraciones, de tal suerte que en 1992 la tasa de nacimientos entre las mujeres mexicanas se redujo de 3.3 hijos a 2.2 según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en adelante (ENADID). Levantada en 2009 y publicados sus resultados en el 2011 por el CONAPO.

Gráfica 10.
República Mexicana. Tasa Global de Fecundidad 1992, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

Ha sido una tendencia compartida por la mayoría de los estados de la región Sur-Sureste, conformada por los estados de referencia, donde el uso de los métodos anticonceptivos han sido y son factor determinante, sin embargo existen variantes en el descenso de la fecundidad.

Un ejemplo de ello, es que dentro de los grupos poblacionales con mayores rezagos la fecundidad no ha disminuido, como son los que habitan en áreas marginadas, llámese rurales o de menor escolaridad y/o hablantes de lengua indígena, que en aquellos sectores poblacionales que

se encuentran en las zonas metropolitanas o que están integrados al desarrollo.

Apuntando además, las diferencias según el nivel educativo; existe evidencia tangible sobre la persistencia de brechas de fecundidad entre las zonas urbanas y rurales, diferencias que se notan también entre los distintos estratos de ingresos económicos y la pertenencia cultural o étnica y, desde luego a otras características del comportamiento de las mujeres que no tienen acceso a la información de primera mano.

Ello refleja la existencia de un acceso segregado a la información y los servicios de salud reproductiva, que afecta principalmente a los estratos menos favorecidos per cápita y con menor educación de la población en las regiones.

Paradójicamente aún persiste en nuestra región, una alta tasa de fecundidad adolescente, situación que debe ser analizada y monitoreada por los servicios de atención de la salud de cada entidad federativa y que constituye un poderoso llamado de atención para incrementar los esfuerzos para el logro de las metas de cobertura universal de la salud sexual y reproductiva.

La situación de la salud reproductiva en los 8 estados que conforman esta región es muy diversa, por lo que el Consejo Nacional de Población en su momento, estableció una clasificación de acuerdo con las cifras que cada uno de estas entidades, registró en los PERFILES DE SALUD REPRODUCTIVA publicados en el año 2011, con base en la combinación de indicadores de proceso, resultado o impacto intermedio, obtenidos de la Encuesta Nacional de 2009.

De esta manera tenemos a tres entidades ubicadas dentro de la situación muy desfavorable en salud reproductiva (Guerrero, Oaxaca y Chiapas); Tabasco y Campeche que se clasifican en situación intermedia desfavorable y fluctuante respectivamente; y las tres últimas (Veracruz, Yucatán y Quintana Roo) ubicadas en una situación de salud reproductiva favorable.

Debido a ello la Dirección General de Población de Oaxaca por mi conducto, presenta inicialmente y de manera sucinta por entidad, los indicadores de:

- 1.- INICIO DE LA VIDA SEXUAL.**
- 2.- PROTECCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.**
- 3.- PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS,**
- 4.- EMBARAZOS NO PLANEADOS.**
- 5.- EMBARAZOS NO DESEADOS.**
- 6.- CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**
- 7.- PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA.**
- 8.- NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS.**
- 9.- MORTALIDAD MATERNA.**

5

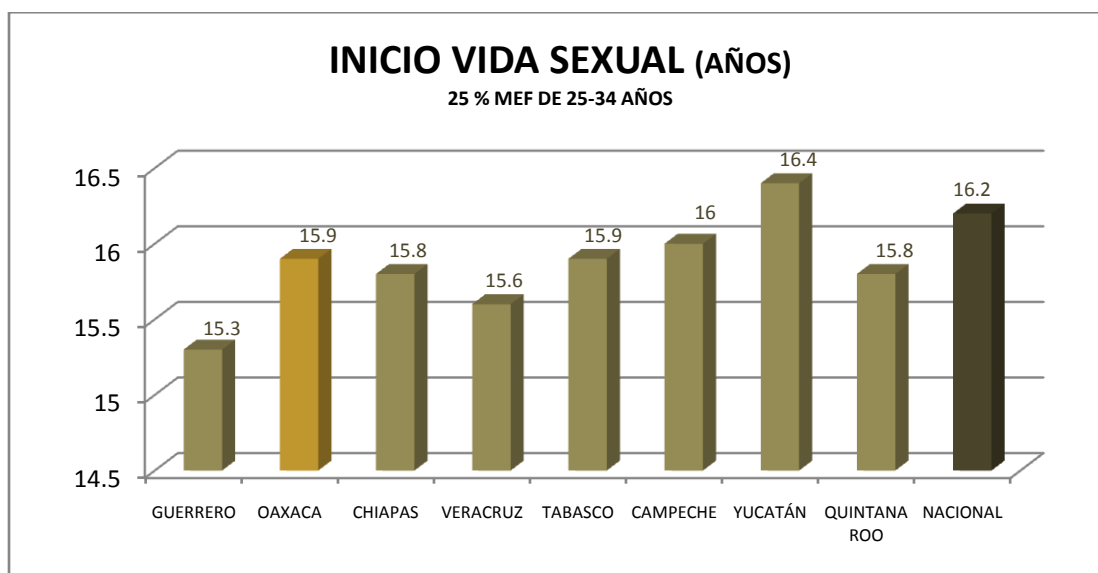
Seguidamente, presentaré a la consideración de este Foro para que sean integradas al grueso de las propuestas, un conjunto de mínimas estrategias, líneas de acción a seguir y algunos objetivos básicos en el asunto que nos concita esta tarde, desde luego todas tendientes a nutrir el Programa Nacional de Población.

Propuestas incluso algunas, que se puedan desprender de los análisis particulares de cada apartado.

1.- INICIO DE LA VIDA SEXUAL.

El inicio de la vida sexual es la edad en la que se registra la primera relación sexual, así, dentro de las entidades que nos ocupan, el promedio de edad que registraron fluctúa entre los 15.3 (Guerrero) y los 16.4 años (Yucatán), cabe mencionar que la media nacional es de 16.2 años.

Gráfica 01



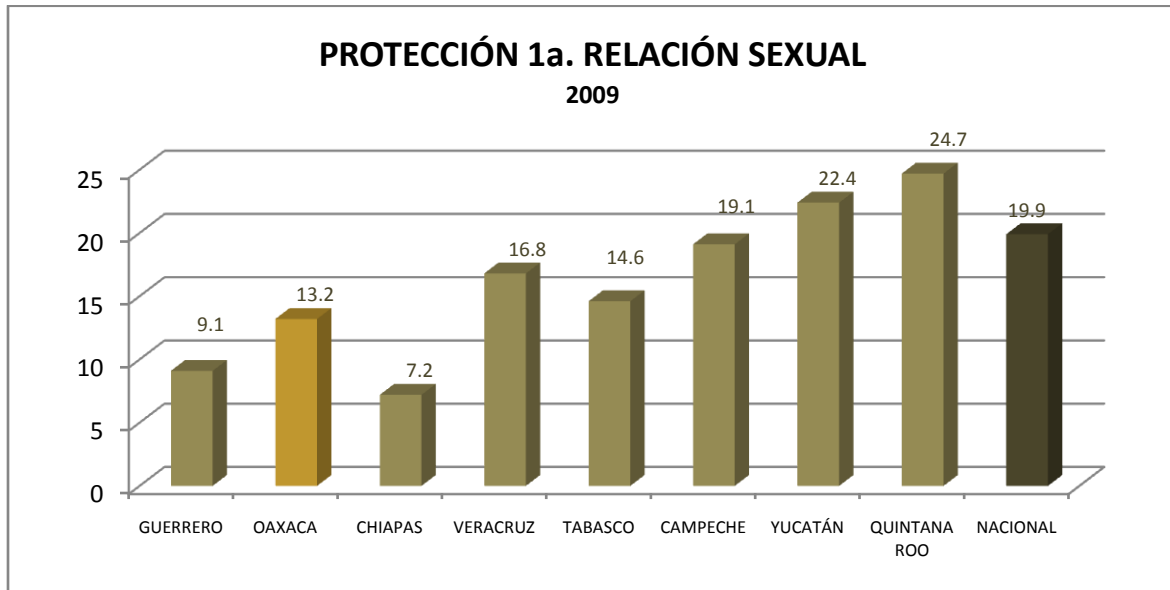
6

2.- PROTECCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

El porcentaje de Mujeres en Edad Fértil (MEF) que se protegió de un embarazo y/o infección de transmisión sexual en su primer encuentro sexual es muy fluctuante entre las entidades federativas de la región.

En Chiapas por ejemplo fue del 7.2% dato muy alto respecto de la media nacional cuyo registro es del 19.9%, mientras que Quintana Roo rebasó incluso la media nacional con un 24.7%.

Gráfica 02



7

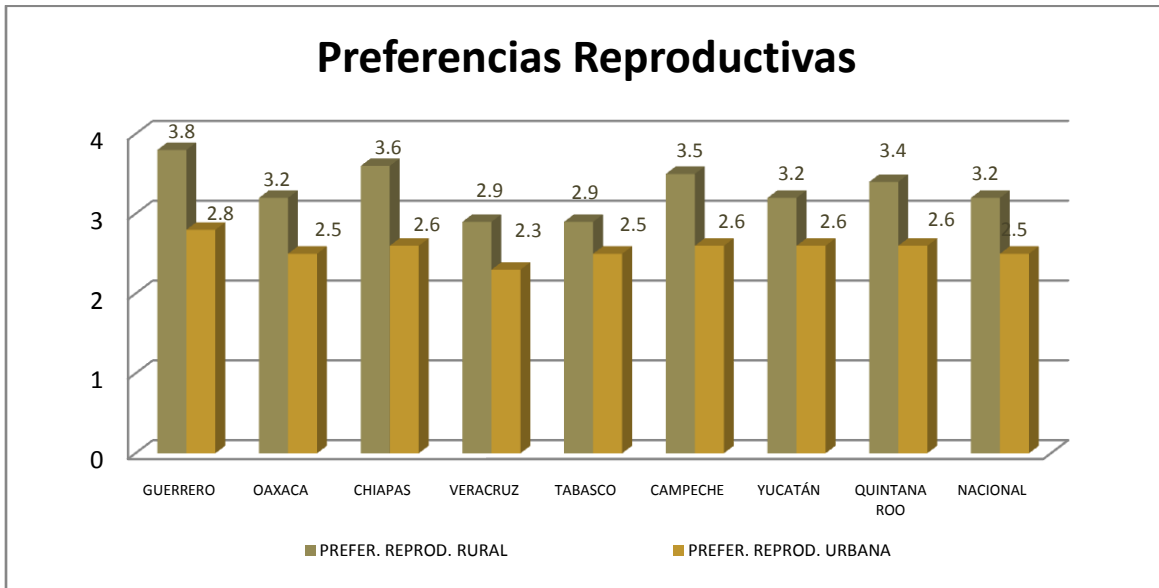
3.- PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

Son el ideal de hijos e hijas que las mujeres refieren tener, y son producto de distintos factores tales como el contexto sociocultural, el contacto con las instituciones de salud y educativas, el ambiente familiar y comunitario, laboral y la influencia de los medios masivos de comunicación principalmente.

Por eso es que las cifras varían entre ámbito rural y urbano, siendo más altas en el primero; es así como la media nacional registra 3.2 hijos para las mujeres que habitan en el ámbito rural y 2.5 hijos para las del urbano.

En la región que nos ocupa, las cifras varían desde el más alto que es Guerrero con 3.8 hijos en el ámbito rural y 2.8 en el ámbito urbano, contra el más bajo que es Veracruz con cifras de 2.9 y 2.3 hijos respectivamente.

Gráfica 03

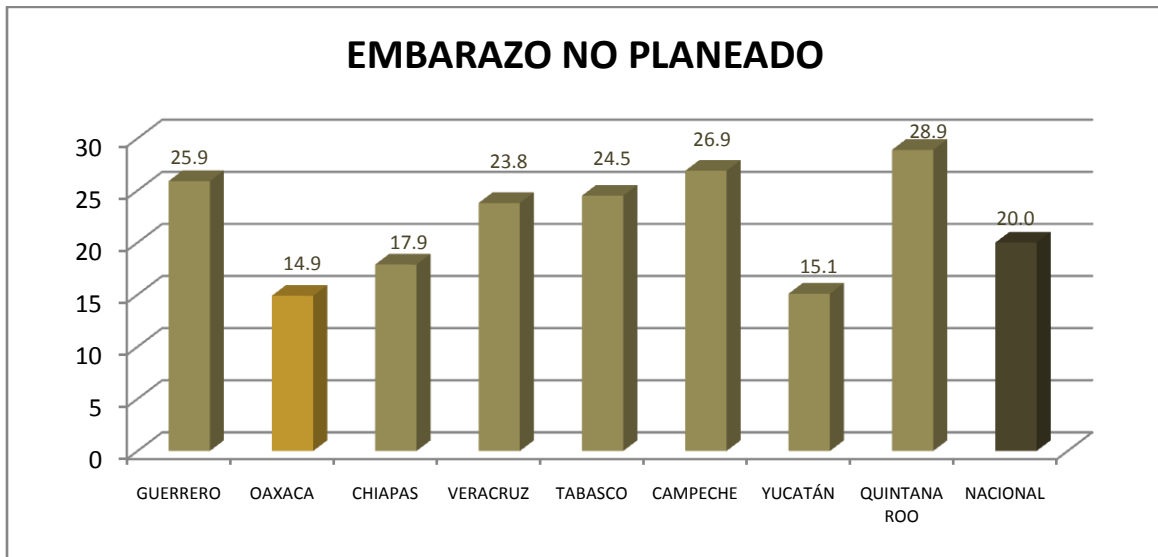


4.- EMBARAZO NO PLANEADO.

Aun cuando se han dado avances significativos en los últimos años con relación con la planificación familiar, aún persisten en esta región del país, entidades como Quintana Roo (28.9), Campeche (26.9), Guerrero (25.9), Tabasco (24.5) y Veracruz (23.8) con datos por arriba de la media nacional en la categoría de embarazo no planeado (20.0%).

Haciendo notar que los porcentajes más altos se ubicaron en las adolescentes entre de 15 a 19 años y jóvenes entre 20-24.

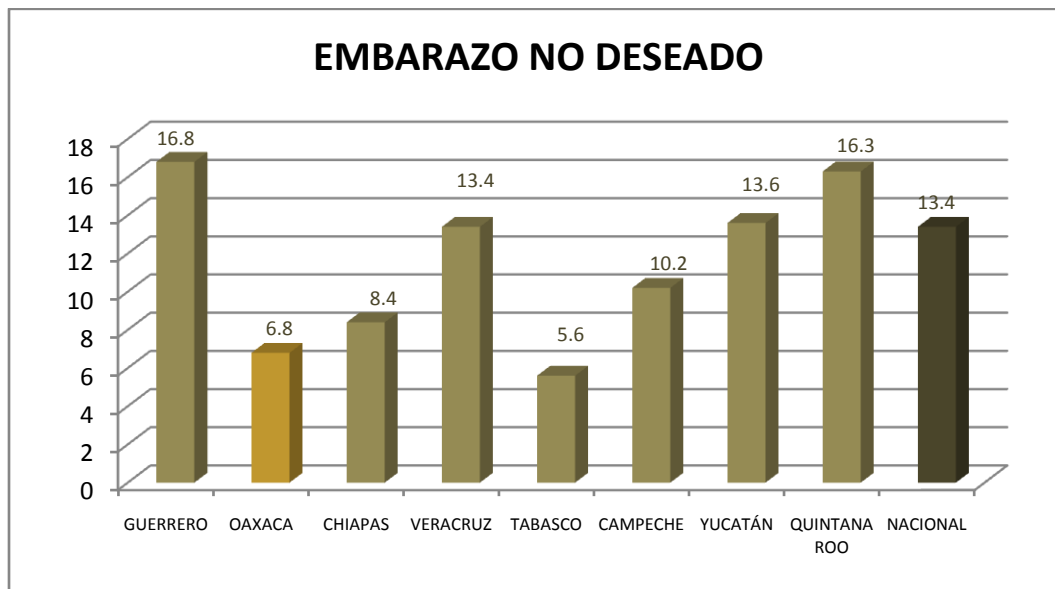
Gráfica 04



5.- EMBARAZO NO DESEADO.

En cuanto a las mujeres en edad fértil que se encontraban embarazadas en el 2009 al momento de la encuesta, y que refirieron tener un embarazo no deseado, destacan las de Guerrero con 16.8%, seguidas por las de Quintana Roo con 16.3% y las de Yucatán con 13.6%, todos estos casos por arriba de la media nacional que es de 13.4%

Gráfica 05



Ahora bien, la combinación de ambos indicadores embarazo no planeado y no deseado de las mujeres en edad fértil aumenta considerablemente en algunos estados de la región.

10

Si consideramos que la media nacional es de 33.4% se destaca Quintana Roo con el 45.2%, seguido de Guerrero con 42.7%, Veracruz, Campeche y Tabasco con 37.2, 37.1 y 30.1 respectivamente.

Es necesario redoblar esfuerzos dirigiendo estrategias para la prevención de embarazos entre las mujeres adolescentes de 15-19 y jóvenes 20-24 años de edad.

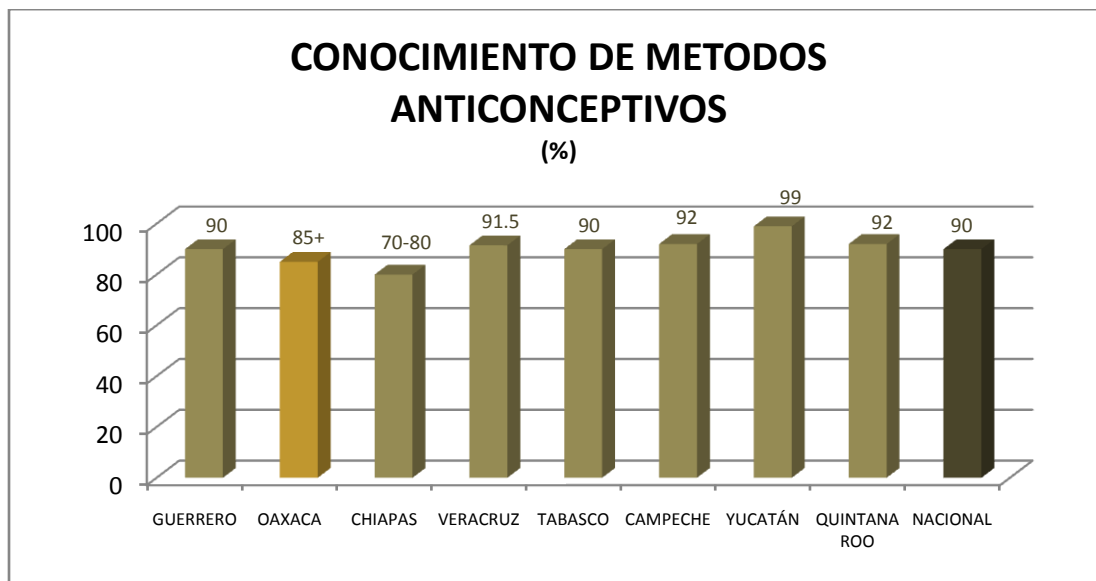
6.- CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para que las mujeres en edad fértil disminuyan su fecundidad es necesario que conozcan la distinta gama de métodos anticonceptivos que existen, aunado a la disponibilidad de los mismos.

Cabe mencionar que este indicador varía conforme a la condición de las mujeres hablantes de lengua indígena, cuyo porcentaje de conocimiento y por lo tanto de uso es menor al de aquellas mujeres que no hablan algún dialecto.

Así, en esta región del país, donde se registran diversos grupos étnicos destaca Chiapas como la entidad que registra menor conocimiento de métodos anticonceptivos, entre 70-80% cifra por debajo de la media nacional que es de 90% en contraposición con las mujeres en edad fértil de Yucatán que registraron 99% de conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Gráfica 06



11

7.- PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA.

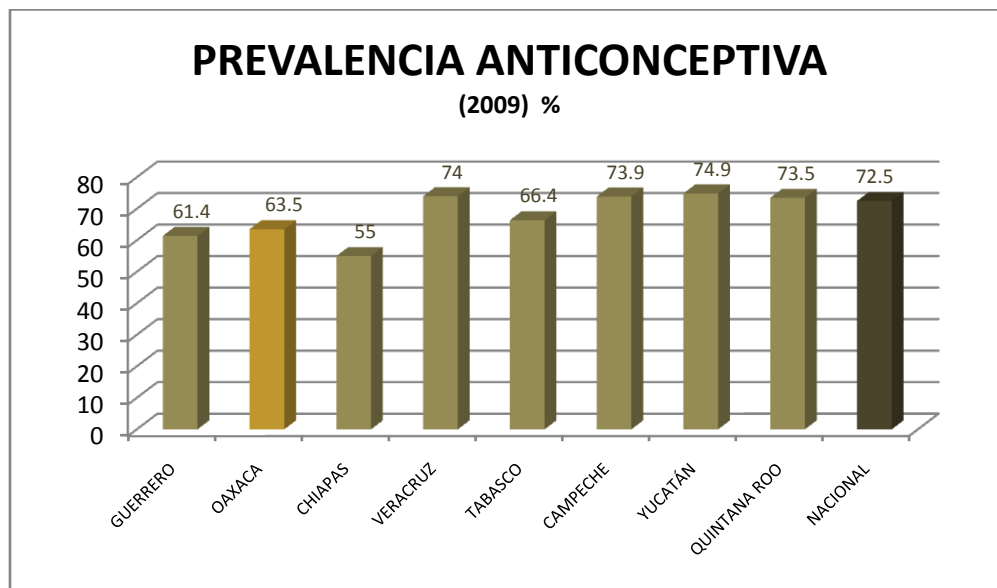
Este indicador se asocia con la eficiencia de los programas y estrategias de planificación familiar, y está determinado por las características

sociodemográficas diversas que presentan las mujeres y que influyen en su uso y acceso.

La cobertura anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas (MEFU) registra disparidad entre las entidades federativas que integran la región, las menos favorecidas son Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tabasco con 55%, 61.4%, 63.5% y 66.4% respectivamente, todas por debajo de la media nacional, calculada en 72.5%.

Se requiere pues, atender particularmente a estos estados con estrategias eficaces y eficientes, acordes al contexto sociodemográfico de cada uno.

Gráfica 07



12

8.- NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS

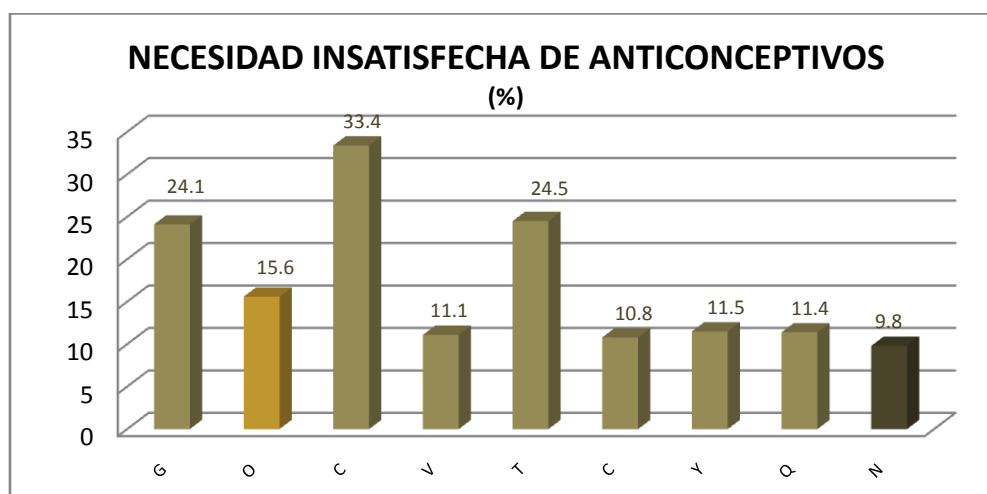
También denominada demanda insatisfecha, se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), que no utiliza ningún método

anticonceptivo a pesar de manifestar su deseo de espaciar o limitar el nacimiento de sus hijos.

Es dable señalar que de acuerdo a estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009, la media nacional fue de 9.8%.

Es decir, que de cada 100 mujeres en edad fértil unidas, casi 10 no utilizan ningún método anticonceptivo, cifra muy por debajo del porcentaje registrado en entidades como Chiapas, donde esta cifra es de 33 de cada 100, seguido de Tabasco, Guerrero y Oaxaca con 24.5%, 24.1% y 15.6% respectivamente.

Gráfica 08



13

9.- MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es realmente un problema de salud pública y su manifestación obedece a múltiples factores que van desde una adecuada educación sexual, servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no planeados, atención prenatal de calidad, una adecuada resolución de

emergencias obstétricas hasta la asignación y aplicación correcta de recursos necesarios entre otros factores.

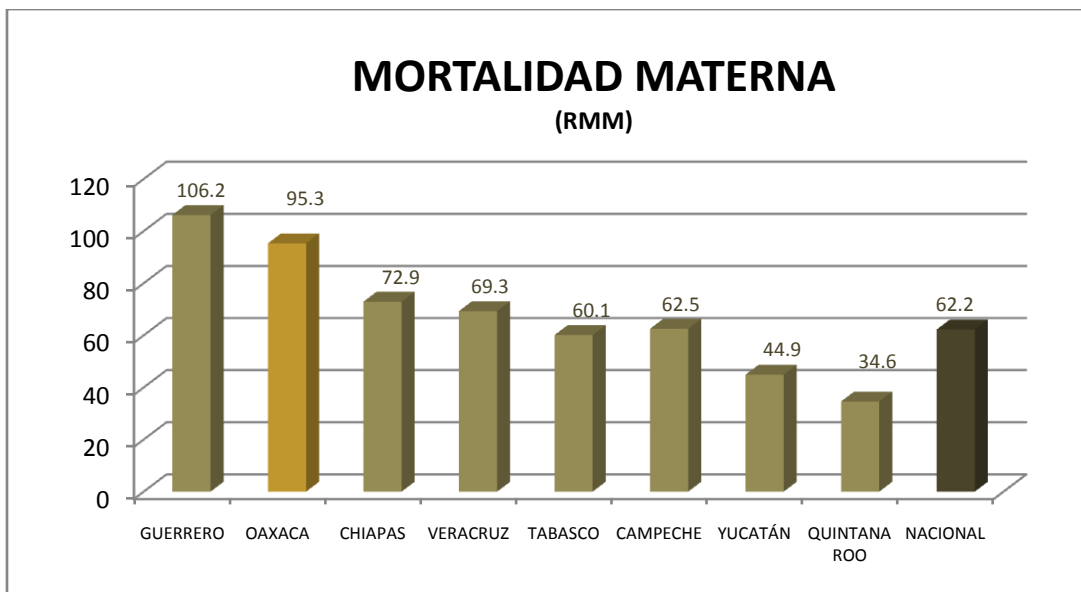
La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se refiere al número de mujeres fallecidas por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, por cien mil nacimientos estimados.

Dentro de la región que nos ocupa, se ubican las entidades federativas con mayor muerte materna del país. Partiendo de que la media nacional alcanza el valor de 62.2, en Guerrero rebasa las 106 muertes de mujeres por cien mil nacimientos estimados; estas cifras cobran significado cuando referimos que la meta de los Objetivos del Milenio para este rubro en 2015, establecen 22 muertes por cien mil nacimientos como máximo.

Así mismo se encuentran los estados de Oaxaca, Chiapas, Veracruz y Campeche cuya cifra rebasa por mucho la media nacional, con 95.3, 72.9, 69.3 y 62.5 respectivamente.

14

Gráfica 09



Expuestos los principales indicadores, pasaré a señalar algunas Propuestas de acciones, que pudieran ser incorporar al Programa Nacional de Población 2014-2018

- **Fortalecer la coordinación interinstitucional orientada a la difusión del conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente y joven.**
- **Contribuir a la prevención del embarazo adolescente.**
- **Impulso interinstitucional para la prevención de la violencia contra las mujeres, niñas y niños.**

1.1 Diseñar e instrumentar programas de capacitación en materia de información, educación y comunicación en población.

1.2 Fortalecer la cooperación internacional con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, para el intercambio de experiencias y movilización de recursos técnicos y financieros dirigidos al diseño y ejecución de programas y acciones en materia de población.

15

INCORPORAR LAS MEDIDAS PRIORITARIAS DEL TEMA “ACCESO UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA” EMANADOS DEL CONSENSO DE URUGUAY MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO, ENTRE LOS QUE ESTÁN:

- **Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la**

primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña, y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;

- **Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, inter-generacional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable.**
- **Informar para evitar embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;**
- **Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil en las acciones de los programas de población;**
- **Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social, en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia;**

- **Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;**
- **Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;**
- **Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación;**
- **Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando**

particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

- **Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños;**
- **Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres;**
- **Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados, e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;**

Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, de atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida;

- **Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;**
- **Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la pre-concepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias;**
- **Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.**

Señoras y señores Secretarios Técnicos de los Organismo de Población Estatales de la Región Sur-Sureste y ciudadanos presentes en este foro sobre "*Prioridades de Política de Población*", solo me resta agradecer la invitación a este significativo foro, y así, dar cumplimiento a los acuerdos emanados de la Comisión Consultiva con la Entidades Federativas, felicitando a los organizadores quienes hicieron posible la realización de este magnífico evento.

*Es cuánto, muchas gracias
10 de octubre de 2013
Mérida, Yucatán.*