

CUESTIONARIO

"NO DISCRIMINACIÓN E IGUALDAD EN RELACIÓN CON EL DERECHO A LA SALUD Y LA SEGURIDAD"

De conformidad con su mandato, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y la práctica (en adelante "el Grupo de Trabajo") de la ONU ha desarrollado este cuestionario para recabar información sobre cómo ciertas leyes y prácticas discriminan a las mujeres en relación con el derecho a la salud ya la seguridad. Además, este cuestionario tiene el objetivo de poner de relieve las buenas prácticas y lecciones aprendidas en la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres en relación con el derecho a la salud y la seguridad.

El cuestionario se centra en la prevención de la discriminación de género en el disfrute del derecho a la salud y la seguridad (I), en diagnosticar y contrarrestar la posible discriminación de género en la práctica en el área de salud y seguridad (II) y sobre las buenas prácticas en estas áreas (III).

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece claramente la obligación del Estado de adoptar "todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de salud, incluidos los relacionados con la planificación familiar ", así como a "garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia "¹. Asimismo, establece la obligación de garantizar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres "el derecho a la protección de la salud ya la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de la reproducción".²

Reconociendo el amplio alcance que abarca el concepto de seguridad, el Grupo de Trabajo tiene la intención de centrarse especialmente en el impacto de la seguridad en el contexto de la salud de las mujeres, tanto física como mental. Esto puede incluir la violencia contra las mujeres en el espacio público y en instituciones cerradas, así como el acceso de las mujeres a la justicia para asegurar su derecho a la salud y la seguridad.

El Grupo de Trabajo les estaría agradecido a los actores concernidos si pudiesen responder a este cuestionario el **15 de agosto de 2015**.

¹ Artículo 12, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres

² Ibid art.11, (f)

Cuestionario

I. Prevención de la discriminación sexual en el disfrute del derecho a la salud y la seguridad

A. Salud

1. ¿Tiene su país regulaciones (en la Constitución, la legislación o en otros códigos legales) que garantiza:

[Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"]

(Sí) El derecho a la igualdad de acceso de las mujeres y los hombres a todas las formas de cuidado de la salud, en el nivel más alto disponible, incluso el acceso a disposiciones sanitarias alternativas como la homeopatía, naturopatía, etc.

(Sí) El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

(Sí) Los derechos de las mujeres para tomar decisiones autónomas con respecto a su vida sexual y reproductiva

2. ¿Son los servicios médicos relacionados con la vida sexual y reproductiva y/o la violencia contra las mujeres asumidas por la cobertura universal de salud?

Si () No ()

En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicios médicos son gratuitos?

De acuerdo a la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia 72 prestaciones en salud son gratuitas, sin embargo, esto no se cumple debido a que existen múltiples barreras y brecha en el acceso a servicios por parte de las mujeres. Además es fundamental señalar que nuestro país ha experimentado múltiples retrocesos en temas de ssysr, los mismos que ponen en riesgo el acceso a anticonceptivos y educación sexual especialmente para adolescentes, y que exige una amenaza de derogación de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, misma que actualmente ha sido mutilada quitándose los artículos que garantizaban el financiamiento y la existencia de una unidad ejecutora de la ley.

¿Son los derechos de las mujeres a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, la autonomía y el seguro de salud, aplicados también a las niñas menores de 18 años?

Si () No (X)

Si "sí", por favor indique la legislación que los regula estos e indique los mecanismos de aplicación.

Actualmente los derechos no se cumplan ni para mujeres adultas y en el caso de adolescentes y niñas, el Estado Ecuatoriano sustituyó la política de Planificación Familiar y Prevención del embarazo en adolescentes ENIPLA, por una nueva política denominada Plan Familia, con la cual se promueve la abstinencia, valores religiosos y control familiar. Generándose un escenario de mayor vulneración de derechos para las y los adolescentes.

Sin embargo, tanto la Constitución, la Ley Orgánica de Salud, y el Código de la Niñez y la adolescencia, reconocen como derechos de las y los adolescentes la salud, salud sexual, salud reproductiva. Así como la autonomía progresiva como principio. Incluso existe un Guía de Supervisión para adolescentes donde se pone un énfasis importante en la toma de decisiones de los mismos sobre su salud. No obstante, esta política tiene problemas con la implementación que se han ahondado con el establecimiento de Pla Familia como la política paraguas en temas de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes.

3. ¿Existen disposiciones que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de salud? En particular las que:

[Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"]

(No) Requieren el consentimiento de un familiar masculino/ marido para el examen médico de una mujer casada o tratamiento o acceso a anticonceptivos o al aborto,

Normalmente no lo requieren, pero en muchos hospitales y centros médicos es una práctica pedir consentimiento del esposo para ligaduras y de padres y madres para cualquier prestación a sus hijos e hijas adolescentes. La reforma legal que está impulsando el Gobierno, plantea además eliminar la autonomía progresiva y que todas las decisiones médicas sobre adolescentes las tomen sus padres o madres.

(Sí) Requieren el consentimiento de los padres en caso de acceso de los adolescentes a los anticonceptivos o aborto;

Esto se da a pesar de lo progresista que es nuestra ley en la materia.

(Sí) Permiten a los médicos que se nieguen a proporcionar un servicio médico legal por motivos de objeción de conciencia

Nuestra constitución en su Art. 66 inciso 12 reconoce: “12. El derecho a la objeción de conciencia, que no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza. Toda persona tiene derecho a negarse a usar la violencia y a participar en el servicio militar.”

No existe una normativa secundaria que rija el ejercicio de la objeción de conciencia. Esto causa un abuso y uso inadecuada de la misma, en tanto argumento para poner barreras de acceso y negar servicios sobretodo de salud sexual y salud reproductiva a las mujeres.

(Sí) Prohíben ciertos servicios médicos, o requieren que sean autorizados por un médico, aun cuando no se requiera intervención médica; En particular:

(No) DIU (dispositivos intrauterinos) o anticonceptivos hormonales

Hay reglamento del 2012, que regula el acceso a anticonceptivos y que tiene la intención de eliminar barreras de acceso a los mismos. Para la primera consulta si se obliga a que la realice un médico u obstetra, para las siguientes consultas solo se retira el anticonceptivo con carnet. Esto sin embargo no está implementado en todos los servicios.

(No) Los anticonceptivos de emergencia, incluyendo la píldora del día después,

Se supone que no hay barreras formales. Sin embargo es muy difícil conseguirla.

(Sí) La esterilización solicitada (por favor incluya también información indicando si se permite la esterilización no terapéutica para los hombres);

Se permiten los dos tipos de esterilización. En caso de mujeres se suele pedir autorización del marido aunque sea ilegal. En caso de hombres estas esterilizaciones no se realizan en el servicio público.

(Sí) Aborto temprano (en el primer trimestre del embarazo) a petición de la mujer embarazada

Es ilegal. Lo prohíbe el código penal en el artículo 147, 148 y 149.

(Sí) La reproducción médica asistida (por ejemplo, fertilización in vitro)

No existen servicios públicos, solo privados y son muy inaccesible por tema de recursos.

En caso afirmativo, indique por favor las normas legales pertinentes e indicar las fuentes.

4. ¿Son criminalizados los siguientes actos?

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) La transmisión del VIH u otras enfermedades venéreas sólo por las mujeres

No pero generan estigma y discriminación.

(No) Mutilación genital femenina

(No) Matrimonio infantil

La última reforma al código civil no permite el matrimonio antes de los 18 años. Sin embargo no está tipificado.

(No) Los partos en casa con un obstetra o partera

No existe pena, sin embargo no son permitidos.

(Sí) Aborto

Está penado en caso toda la causa existiendo únicamente dos excepciones tipificadas en el artículo 150 del COIP, estas excepciones son: Salud y vida de la mujer cuando el peligro no es evitable por otra causa y Violación a una mujer por discapacidad mental.

En diciembre salió una GPC de aborto terapéutico, sin embargo no se ha aplicado y en muchos casos se niegan estos servicios.

Es difícil la aplicabilidad del aborto terapéutico para casos de salud de la mujer, especialmente cuando estos se relacionan con su salud mental y social. Peor incluso cuando los mismos se relacionan con su salud física.

En caso afirmativo, ¿existen excepciones a estas prohibiciones y bajo qué circunstancias se aplican excepciones?

Existen dos excepciones a la penalización del aborto, estas son:

1. Salud y vida de la mujer cuando el peligro no puede ser evitado por otra causa
2. Violación a una mujer con discapacidad mental.

¿Y quién es penalmente responsable? (por favor indique la respuesta apropiada) La mujer, el médico, otras personas directamente o indirectamente relacionadas con el embarazo y / o el aborto.

Es penalmente responsable el profesional de salud o persona que realiza el aborto y la mujer que lo consiente. Art. 149

Por autoría mediata o complicidad se puede imputar también a la pareja, pero eso no sucede cotidianamente. Art. 42

Por favor, proporcione referencias legales.

B. Seguridad

5. ¿Tiene su país regulaciones (en la Constitución, la legislación o en otros códigos legales) que garantizan:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(Sí) La protección especial contra la violencia de género

(Sí) La igualdad de acceso de las mujeres a la justicia penal

6. ¿Están criminalizados los siguientes actos?

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) El adulterio

(No) La prostitución

(En caso afirmativo, ¿quién es penalmente responsable - por favor indique la respuesta apropiada: la trabajadora sexual, el proxeneta y/ o el cliente)

(No) La orientación sexual y la identidad de género (la homosexualidad, el lesbianismo, el transgénero, etc.)

Pero esta patologizada.

(No) Atentado al pudor (por ejemplo, no seguir el código de vestimenta)

Por favor, dar referencias legales y disposiciones.

7. ¿Hay alguna disposición en el derecho penal que trate a las mujeres y los hombres de forma desigual con respecto a:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) Al procedimiento para recoger pruebas

(No) La sentencia por el mismo delito, en especial la pena de muerte, la lapidación, latigazos, encarcelamiento, etc.

(No) Los llamados "crímenes de honor" (¿son tolerados para que el agresor pueda evitar ser procesado o ser menos severamente castigado si la mujer es asesinada?)

II. Diagnosticar y contrarrestar la posible discriminación basada en el sexo en la práctica en el área de salud y seguridad

A. Salud

8. ¿Existe la obligación legal de proporcionar educación sobre la salud en la escuela?

Si (X) No ()

Actualmente la política de educación sexual se basa en valores religiosos y no garantiza la educación sexual integral en ninguna temática.

En caso afirmativo, se cubre: (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) La prevención de las enfermedades de transmisión sexual,

(No) La prevención de los embarazos no deseados

(No) La promoción de un estilo de vida saludable, incluyendo la prevención de los trastornos alimentarios de adolescentes, incluyendo la anorexia y la bulimia

(No) Entrenamiento psicológico / psiquiátrico en el auto-control de la agresión, incluyendo la agresión sexual

Por favor, indique cualquier regulación legal o programas respecto a lo mencionado anteriormente.

Constitución

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

4. Asegurar que todas las entidades educativas impartan una educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente, desde el enfoque de derechos.

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello. Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Plan Familia

No existe un borrador oficial de esta política. Sin embargo, se conoce el borrador no oficial de la misma y varios trabajos elaborados por su responsable y todos son anti-derechos y se basan en la abstinencia y educación en “valores”.

La propuesta planteada es educación de la afectividad y sexualidad con enfoque de familia. (adjuntamos el borrador de este Plan)

9. ¿Existen datos estadísticos desglosados por edad y/o sexo (recogido en los últimos 5 años) en relación con:

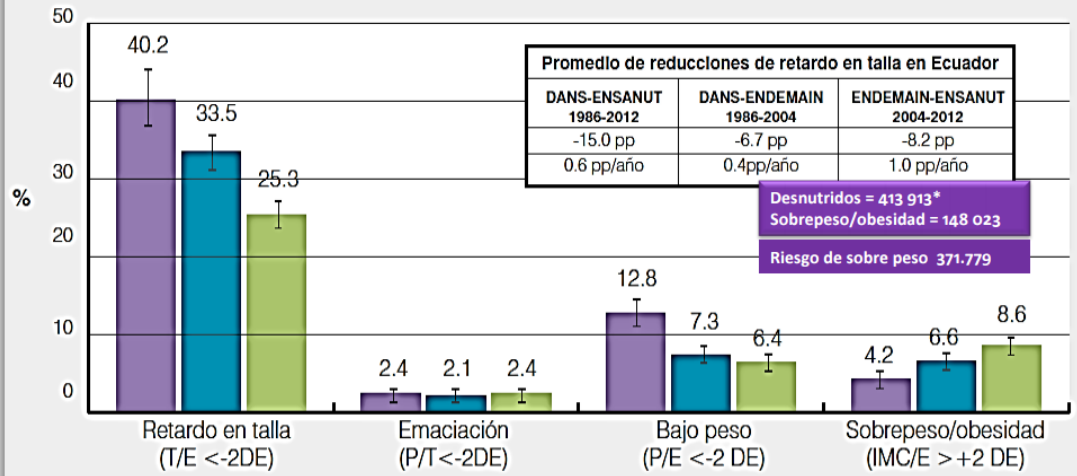
(Por favor, especifique en el espacio previsto fin "sí" o "no")

(Sí) La desnutrición

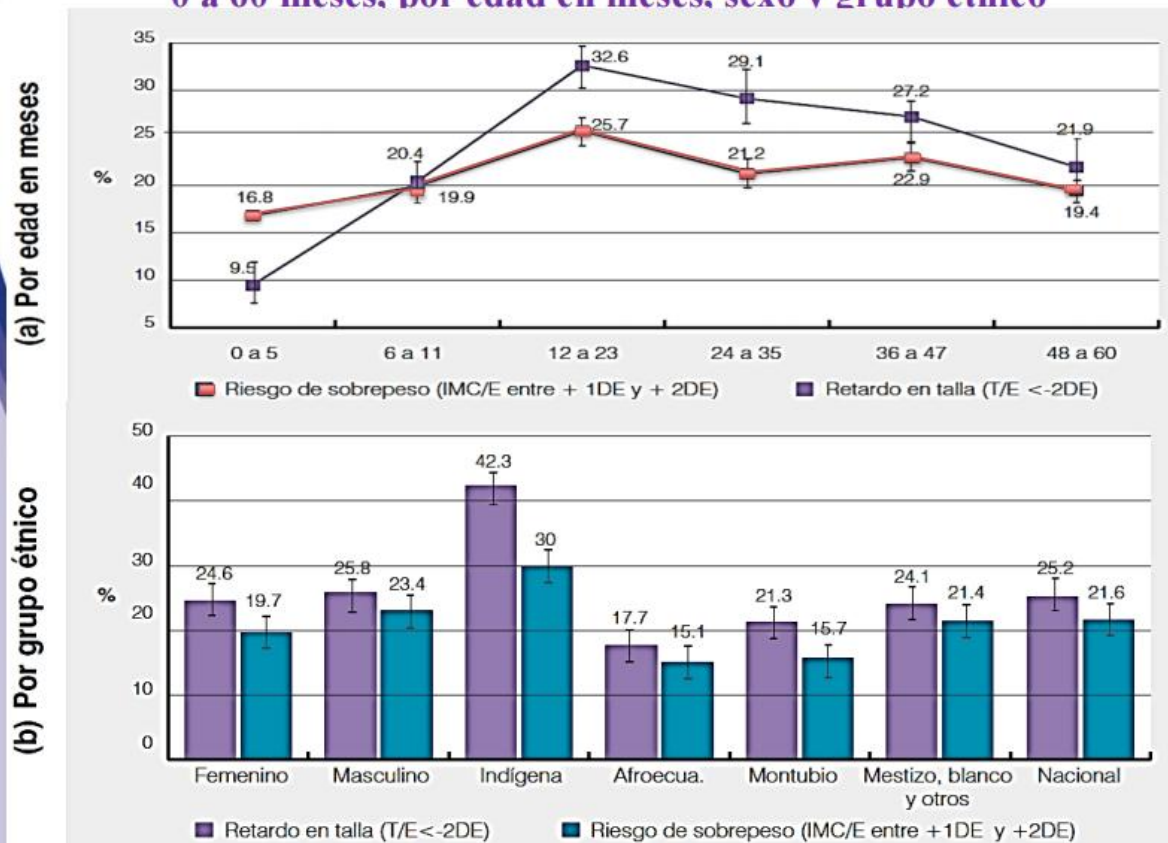
Fuente: ENSANUT 2011-2013, MSP-INEC

SITUACIÓN NUTRICIONAL A PARTIR DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso, en menores de cinco años, entre encuestas nacionales



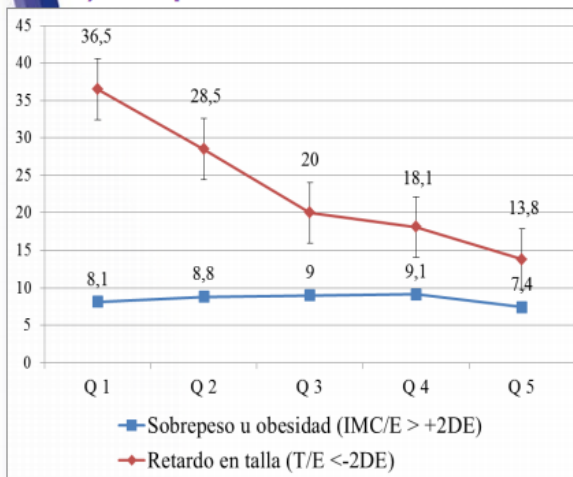
Prevalencia de retardo en talla y riesgo de sobrepeso, en población de 0 a 60 meses, por edad en meses, sexo y grupo étnico



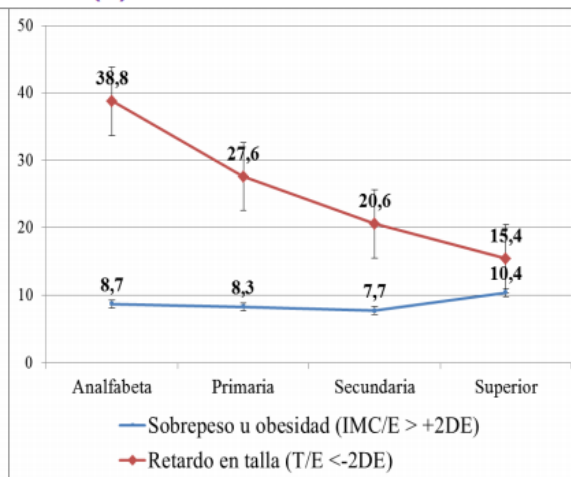
T/E talla para la edad, IMC/E Índice de masa corporal para la edad. Fuente: ENSANUT-ECU. 2011-2013. MSP. INEC. Elaboración: Freire et al.

Prevalencia de retardo en talla, sobrepeso y obesidad, en población de 0 a 60 meses, por quintil económico y nivel de escolaridad de la madre

a) Por quintil económico



b) Por educación de la madre



Link Ensanut: http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf

(Sí) La mortalidad materna

Fuente: Anuario de Nacimiento y Defunciones, INEC 2013

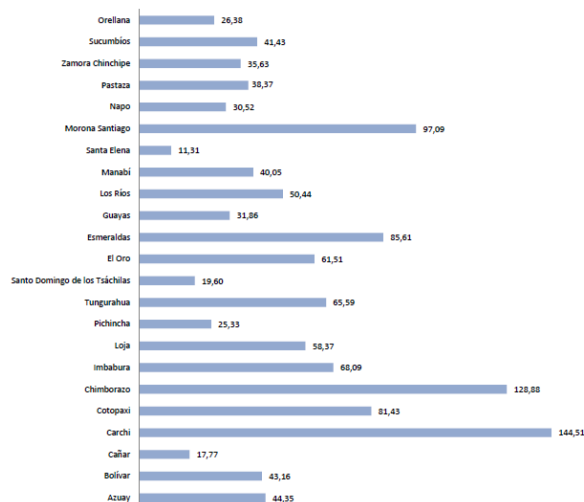
Gráfico N° 15
Principales causas de muerte materna Ecuador 2013
Lista detallada de la CIE-10

Causas de muerte materna	Número	%	RMM 1/
*Total de muertes maternas	155	100%	45,71
Causas obstétricas directas (O00-O94)	121	78,06%	35,69
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	25	16,13%	7,37
O72 Hemorragia postparto	21	13,55%	6,19
O15 Eclampsia	16	10,32%	4,72
O85 Sepsis puerperal	8	5,16%	2,36
O02 Otros productos anormales de la concepción	6	3,87%	1,77
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	5	3,23%	1,47
O00 Embarazo ectópico	4	2,58%	1,18
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	2,58%	1,18
O06 Aborto no especificado	3	1,94%	0,88
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2	1,29%	0,59
O71 Otro trauma obstétrico	3	1,94%	0,88
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	3	1,94%	0,88
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	3	1,94%	0,88
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	2	1,29%	0,59
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	2	1,29%	0,59
Resto de causas obstétricas directas	14	9,03%	4,13
Causas obstétricas indirectas (O98-O99)	28	18,06%	8,26
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	1,94%	0,88
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	25	16,13%	7,37
Causas no especificadas (O95)	6	3,87%	1,77
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	6	3,87%	1,77
Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)	3	1,94%	0,88
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	3	1,94%	0,88

Mortalidad materna, según provincias de residencia habitual
Año 2013

Provincias	Muertes maternas	RMM
Azuay	7	44,35
Bolívar	2	43,16
Cañar	1	17,77
Carchi	5	144,51
Cotopaxi	9	81,43
Chimborazo	14	128,88
Imbabura	7	68,09
Loja	6	58,37
Pichincha	13	25,33
Tungurahua	7	65,59
Santo Domingo de los Tsáchilas	2	19,60
El Oro	8	61,51
Esmeraldas	13	85,61
Guayas	26	31,86
Los Ríos	10	50,44
Manabí	13	40,05
Santa Elena	1	11,31
Morona Santiago	5	97,09
Napo	1	30,52
Pastaza	1	38,37
Zamora Chinchipe	1	35,63
Sucumbios	2	41,43
Orellana	1	26,38
Total República*	155	45,71

Nota: El denominador utilizado para el cálculo de la razón de muerte materna es la estimación de nacidos vivos para el año de estudio.



(Sí) La morbilidad materna, incluyendo la fístula obstétrica

Total de egresos hospitalarios mujeres					767.850
Población estimada mujeres. Año 2013 ^{1/}					7.958.814
N° Orden	código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa ^{2/}
1°	K80	Colelitiasis	25.283	3,29%	31,77
2°	O06	Aborto no especificado	17.915	2,33%	22,51
3°	J18	Neumonía, organismo no especificado	17.189	2,24%	21,60
4°	K35	Apendicitis aguda	15.705	2,05%	19,73
5°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	15.316	1,99%	19,24
6°	O47	Falso trabajo de parto	15.185	1,98%	19,08
7°	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre	12.285	1,60%	15,44
8°	N39	Otros trastornos del sistema urinario	11.703	1,52%	14,70
9°	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	11.440	1,49%	14,37
10°	O02	Otros productos anormales de la concepción	9.607	1,25%	12,07
	O80	Parto único espontáneo	100.212	13,05%	
	O82	Parto Único por cesárea	68.922	8,98%	
	O81, O83, O84	Otros partos	1.103	0,14%	
	R00-R99	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	19.056	2,48%	
		Las demás causas de morbilidad	426.929	55,60%	

1/ Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población 2010 - 2020. INEC

2/ Tasas por 10.000 mujeres

(Sí) Los embarazos adolescentes

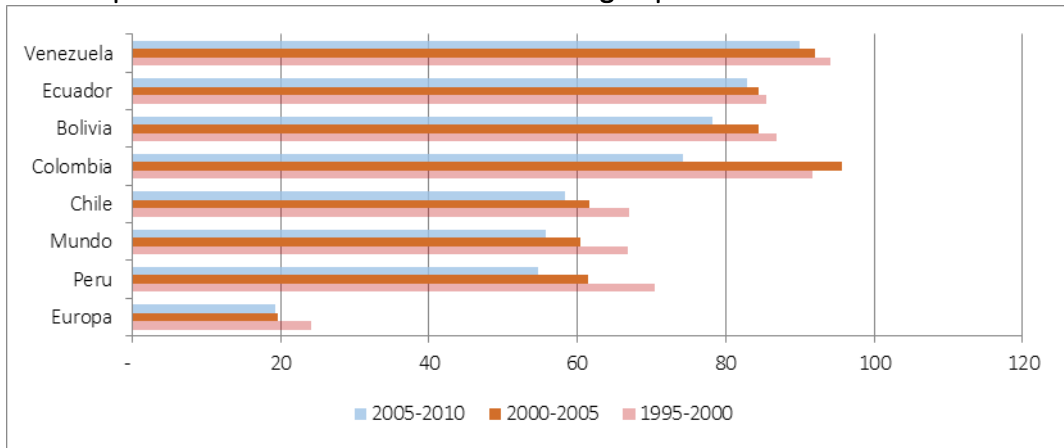
Fuente: ENIPLA/Censo 2010

Fecundidad en adolescentes

Como se mencionó anteriormente, la TGF ha venido disminuyendo paulatinamente. Sin embargo, la TEF adolescente no demuestra la misma dinámica. De hecho, el ritmo de mejora en la TEF adolescente en el Ecuador casi se ha estancado. Ha disminuido de 85 a 83 por cada mil en una década. En contraste, Europa tiene una TEF adolescente equivalente a la cuarta parte de la registrada en Ecuador. De hecho, si comparamos

algunos países de la región, Ecuador ocupa el segundo lugar, únicamente después de Venezuela, en donde la TEF adolescente llega a 90, como se observa en el Gráfico No.10.

Gráfico No.11
Tasa Específica de Fecundidad Adolescente según países seleccionados 2000-2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población – UNFPA.
 Elaboración: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

De hecho, Ecuador experimenta un aumento en el porcentaje de embarazo en adolescentes. Es decir, que aumenta el número de nacimientos de mujeres adolescentes en relación al número de nacimientos totales en el país, como resultado del efecto combinado de los cambios en la composición por edades de las MEF y en las tasas específicas de fecundidad.

Como indica el Gráfico No.11, la tendencia del porcentaje de partos de adolescentes de 10 a 14 años, ha incrementado entre 2002 y 2010 en aproximadamente un 78.1%. El porcentaje de partos de adolescentes de 15 a 19 años, entre los años 2002 y 2010 aumentó en 11% (Gráfico No.12). Es evidente que ambos indicadores muestran una tendencia sostenidamente creciente.

Gráfico No.12

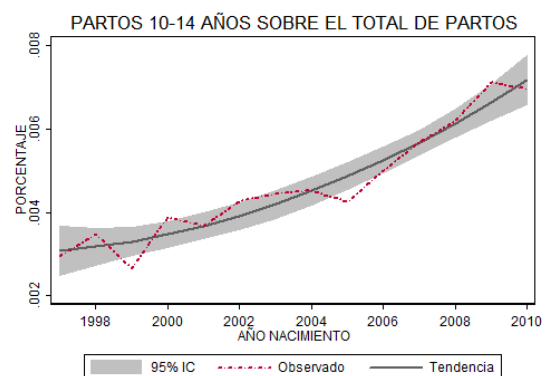
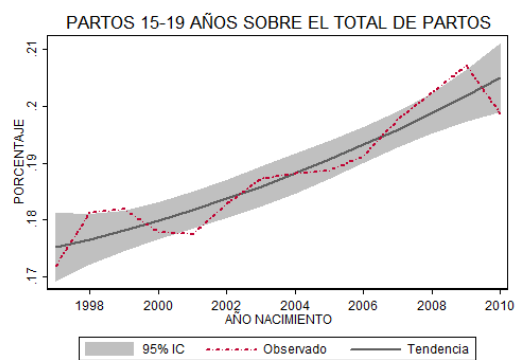


Gráfico No.13



Fuente: Estadísticas Vitales

Elaboración: ECONOMICA - Centro de Investigación Cuantitativa. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2011).

Por otro lado, es necesario recalcar que cuando se trata de la población indígena, la adolescencia no existe como parte del ciclo de vida. Por el contrario, de la niñez se pasa a la juventud y con ello se adquiere un rol social diferenciado de los niños y niñas. Se trata de una particular cosmovisión del ciclo de vida asociado al matrimonio en edades muy tempranas (SENDAS - UNFPA, 2012).

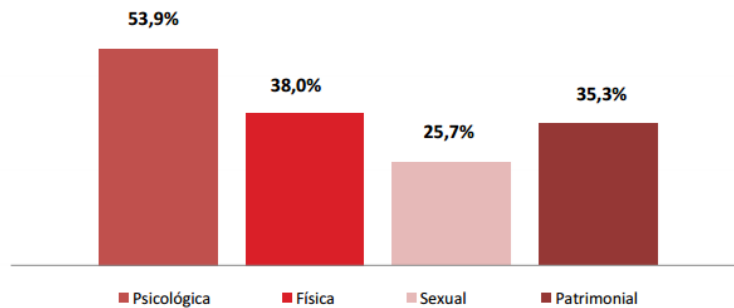
(No) Las consecuencias para la salud de la violencia física, psicológica, sexual y económica basada en el género

Fuente: Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres, 2012

Existe una encuesta Nacional de violencia basada en género, pero no comprende las consecuencias de la misma para la salud.

Mujeres que han vivido violencia psicológica, física, sexual y patrimonial

En Ecuador **1 de cada 4 mujeres** ha vivido violencia sexual, sin embargo la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género con el **53,9%**.



*Tipo de Violencia : física, psicológica, sexual, patrimonial



Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres

(Sí) La incidencia del VIH / SIDA y enfermedades de transmisión sexual

Fuente: ENSANUT (2012)

Conoce y se ha hecho el examen del VIH/SIDA

Al 2012, el conocimiento del VIH/SIDA se eleva al 95% en las mujeres de 15 a 49 años, de estas mujeres, el 81,5% conoce sobre la prueba, y el 64,6% conoce además donde la hacen y se la han realizado. El 48% de los hombres se han realizado la prueba del VIH.

2004	2012	
<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento VIH/SIDA: 91,2% Conocimiento espontáneo del VIH/SIDA: 62,5% Conoce el examen del VIH/SIDA: 65,9% Conoce el examen, donde lo hacen y se lo ha hecho¹: 30,8% 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento VIH/SIDA: 95% Conocimiento espontáneo del VIH/SIDA: 72,9% Conoce el examen del VIH/SIDA: 81,5% Conoce el examen, donde lo hacen y se lo ha hecho: 64,6% 	<p>Conocimiento espontáneo Hombres de 15 a 49 años Año 2012: 77,3%</p> <p>Conocen y se han hecho la prueba Hombres de 15 a 49 años Año 2012: 48%</p>

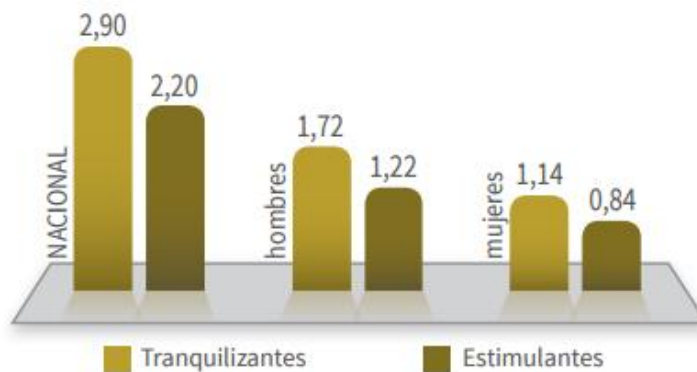
¹ Para este indicador se consideró en el denominador a las mujeres de 15 a 49 años que conocen sobre la prueba y donde la hacen- cálculo realizado por el INEC de la base de datos: ENDEMAIN 2004.



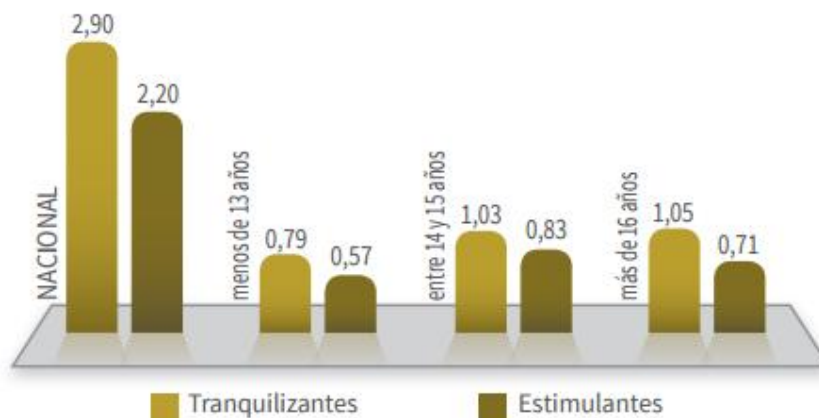
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

(Sí) El abuso de drogas

Gráfico 6. Porcentaje de estudiantes que declararon usar estimulantes y tranquilizantes sin receta médica durante el último año según sexo a nivel nacional (%)



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años.

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 14. Categorización del uso de inhalantes por sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso experimental	1,79	56,62	43,38	100,00
Uso ocasional	0,56	64,95	35,05	100,00
Uso regular	0,12	78,29	21,71	100,00
Uso frecuente	0,77	57,91	42,09	100,00
Uso intenso	0,10	89,33	10,67	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 15. Categorización del uso de inhalantes por edad a nivel nacional (%)

	menos de 13 años	entre 14 y 15 años	más de 16 años	TOTAL
Uso experimental	23,85	43,94	32,21	100,00
Uso ocasional	37,30	22,48	40,23	100,00
Uso regular	0,00	40,35	59,65	100,00
Uso frecuente	44,74	35,92	19,34	100,00
Uso intenso	12,01	26,45	61,54	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 16. Categorización del uso de marihuana por sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso experimental	2,30	75,18	24,82	100,00
Uso ocasional	1,63	73,10	26,90	100,00
Uso regular	0,29	85,03	14,97	100,00
Uso frecuente	1,35	78,16	21,84	100,00
Uso intenso	0,22	82,87	17,13	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 18. Resultados de la escala CAST por sexo y grupos de edad a nivel nacional (%)

	hombre	mujer	menos de 13 años	entre 14 y 15 años	más de 16 años	NACIONAL
Uso no problemático	1,72	0,91	0,12	0,39	2,14	2,71
Uso problemático	0,84	0,43	0,15	0,20	0,88	1,29

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 19. Categorización del uso de pasta base por sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso experimental	0,37	84,94	15,06	100,00
Uso ocasional	0,28	85,21	14,79	100,00
Uso regular	0,06	95,74	4,26	100,00
Uso frecuente	0,32	68,42	31,58	100,00
Uso intenso	0,03	100,00	0,00	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 21. Categorización del uso de cocaína por sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso experimental	0,80	71,11	28,89	100,00
Uso ocasional	0,47	70,04	29,96	100,00
Uso regular	0,10	88,81	11,19	100,00
Uso frecuente	0,54	77,15	22,85	100,00
Uso intenso	0,08	92,58	7,42	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 23. Categorización del uso de heroína según sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso experimental	0,22	79,23	20,77	100,00
Uso ocasional	0,19	78,36	21,64	100,00
Uso regular	0,02	96,61	3,39	100,00
Uso frecuente	0,31	72,33	27,67	100,00
Uso intenso	0,08	82,32	17,68	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>

http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigaciones-ond/2008-3ra-encuesta-ensenanza-media.pdf

(Sí) La adicción al alcohol

Tabla 12. Categorización del uso de alcohol por edad a nivel nacional (%)

	menos de 13 años	entre 14 y 15 años	más de 16 años	TOTAL
Uso ocasional	20,70	37,99	41,31	100,00
Uso regular	0,63	31,09	68,28	100,00
Uso frecuente	12,61	33,10	54,29	100,00
Uso intenso	0,00	18,96	81,04	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

Tabla 11. Categorización del uso de alcohol por sexo a nivel nacional (%)

	CATEGORIAS	Diferencias por sexo		TOTAL
		hombre	mujer	
Uso ocasional	20,56	53,65	46,35	100,00
Uso regular	7,03	56,96	43,04	100,00
Uso frecuente	3,62	57,66	42,34	100,00
Uso intenso	2,03	68,23	31,77	100,00

Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaboración: Observatorio Nacional de Drogas

(Sí) Los abortos legales

Existen datos oficiales, sin embargo los mismos están subregistrados y hemos podido constatar la negación constante de este tipo de abortos en el sistema Nacional de Salud.

Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios, INEC 2013

Causa de morbilidad/diagnósticos	Días estada			Grupos de edad											
	Total	Días de estada	Promedio días estada	Menos de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 y más años	Edad ignorada
O03 Aborto espontaneo	6.144	8.913	1	-	-	-	81	969	1.423	2.460	1.145	54	-	-	4
O04 Aborto médico	2.965	4.278	1	-	-	-	54	527	680	1.119	504	79	-	-	2
O05 Otro aborto	362	665	2	-	-	-	3	59	88	132	76	3	-	-	1
O06 Aborto no especificado	17.915	32.735	2	-	-	-	228	3.245	4.624	6.583	2.951	220	-	-	64
O07 Intento fallido de aborto	19	40	2	-	-	-	-	6	5	8	-	-	-	-	-

(Sí) La muerte como resultado de abortos legales

Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios, INEC 2013

Grupos de morbilidad	Total	Sexo paciente		Condición egreso				Tasa de letalidad hospitalaria por 100 egresos		
		Hombres	Mujeres	Altas		Fallecidos				
				Sexo paciente						
Diagnósticos				Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
234 Aborto espontáneo	6.144	-	6.144	6.142	-	6.142	2	-	2	0,03
235 Aborto médico	2.965	-	2.965	2.965	-	2.965	-	-	-	-
236 Otros embarazos terminados en aborto	31.147	-	31.147	31.127	-	31.127	20	-	20	0,06

La variable otros embarazos terminados en aborto no se pueden asegurar, que incluya únicamente abortos legales. Muchos de los abortos terminados en muerte son abortos realizados en condiciones de riesgo, al estar penalmente prohibidos en el país.

(No) Los abortos ilegales

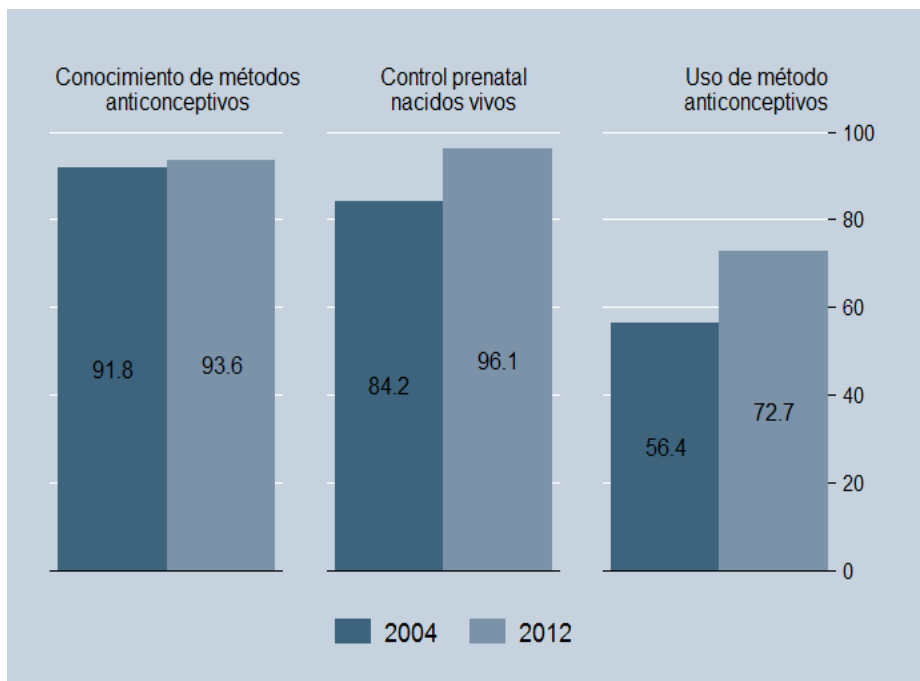
No existen estadísticas claras que nos permitan definir cuales abortos son ilegales.

(No) La muerte como resultado de abortos ilegales

No existen estadísticas claras que nos permitan definir cuales abortos son ilegales. Se asume que gran cantidad de los abortos catalogados como no especificados han sido realizados en condiciones de riesgo por la ilegalidad.

(Sí) El uso de anticonceptivos, incluyendo mecánicos y hormonales (incluidos los anticonceptivos de emergencia)

Fuente: ENSANUT 2012/ENDEMAIN 2004



<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

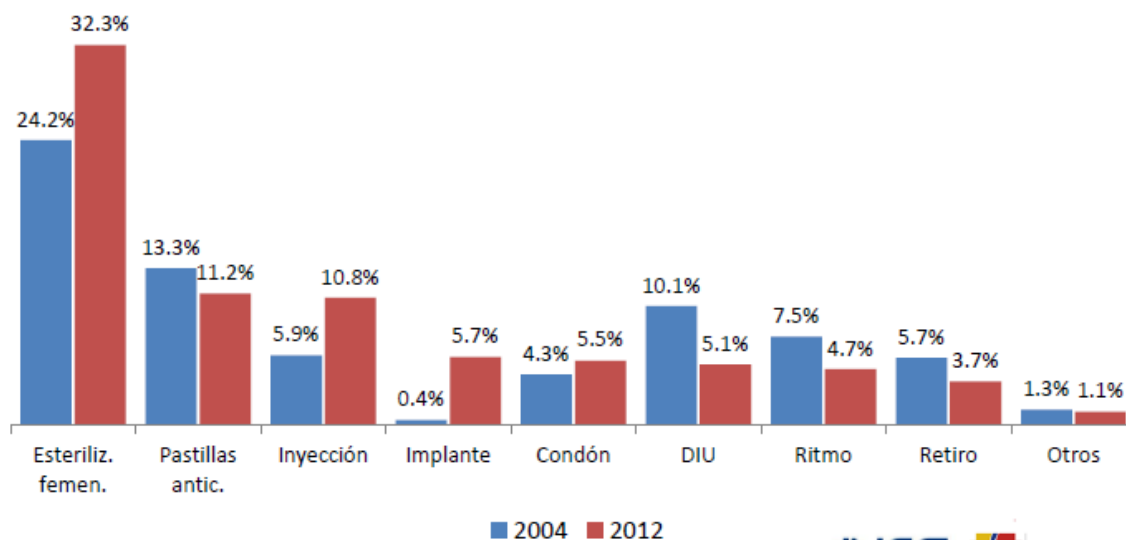
(Sí) La esterilización solicitada

Fuente: ENSANUT, 2012.

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

Principales métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años

La esterilización femenina aumentó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 y 2012, se reduce el uso en general de los métodos tradicionales.



10. ¿Existen datos estadísticos y / o estimaciones sobre el número de casos reportados y convicciones y/o no declarados para:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) Mutilación genital femenina

(No) Aborto voluntario ilegal

(No) Abortos forzados

(No) Esterilizaciones forzadas

(No) Malas prácticas en medicina estética

(No) La violencia obstétrica

Si "sí", por favor, proporcione más referencias.

11. ¿Está incluida la perspectiva de género en las políticas nacionales relacionadas con la salud:

Si () No (X)

En particular: (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

Esta perspectiva no está incluida aun cuando nuestra constitución establece que las políticas deben incluir el enfoque de género y derechos.

(No) En la planificación de la distribución de los recursos para el cuidado de la salud

(No) En la investigación médica sobre enfermedades generales, con las adaptaciones adecuadas y necesarias a la diferente composición biológica de las mujeres y los hombres;

(No) En la prestación de servicios de geriatría

(No) En las decisiones de custodia del estado para institucionalizar los niños entre 0-3 años de edad

Explicación: La necesidad de un enfoque de género para la salud pública está vinculado con la necesidad de identificar las formas en que los riesgos para la salud, las experiencias y los resultados son diferentes para las mujeres y los hombres y actuar en consecuencia en todas las políticas relacionadas con la salud.

B. Seguridad

12. ¿Hay políticas nacionales en materia de seguridad de las mujeres en los espacios públicos?

Si () No (X)

Si "sí", por favor, proporcione referencias.

13. ¿Ha habido encuestas de investigación de opinión pública sobre el miedo a la delincuencia entre las mujeres y los hombres (en los últimos 5 años)?

Si () No (X)

Si "sí", por favor, proporcione las referencias y los resultados de esas encuestas de investigación.

14. ¿Existen medidas y programas emprendidos con el fin de aumentar la seguridad de las mujeres, por ejemplo en los espacios públicos urbanos, en el transporte público, etc.?

Si () No (X)

Si "sí", por favor proporcione referencias.

15. ¿Hay estadísticas sobre crímenes de violencia contra las mujeres en los espacios públicos y / o la violencia doméstica?

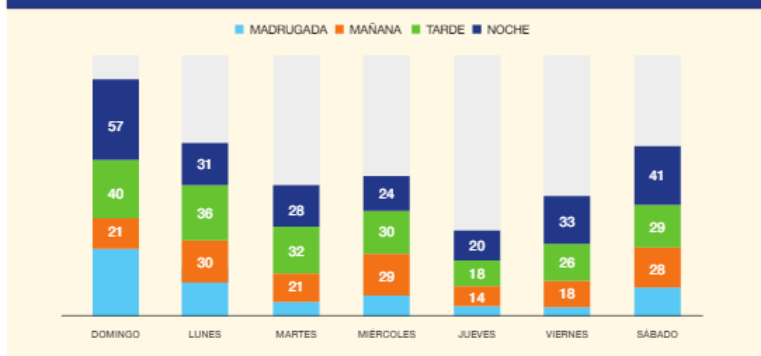
Si (X) No ()

En los espacios públicos no.

Existen algunas estadísticas sobre crímenes de violencia contra las mujeres y otros miembros del núcleo familiar.

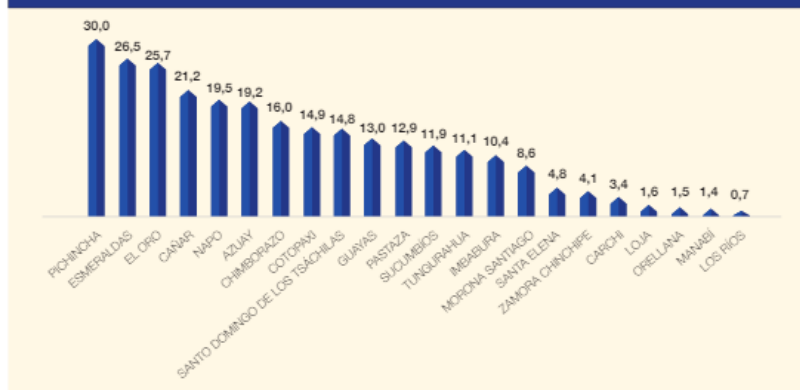
Fuente: <https://app.box.com/s/ycmz9m0232x7doq9u8z1f80exyulhz35>

Gráfico 35 Lesiones de violencia intrafamiliar según día y horario de ocurrencia



Periodo de análisis: Enero - Julio 2014
 Fuente: Fiscalía General del Estado
 Elaborado por: Dirección de Política Criminal - Delitoscopia

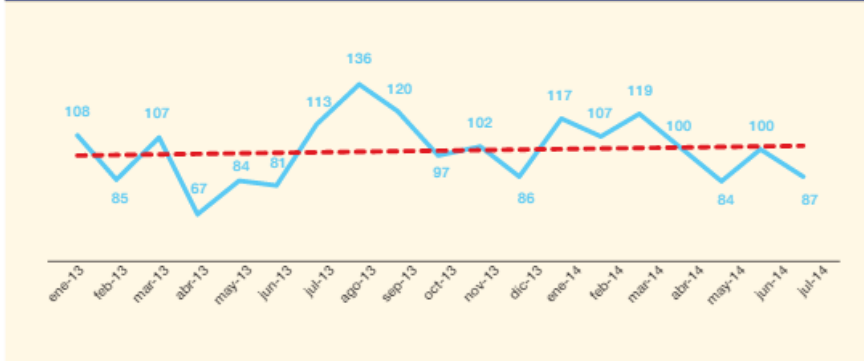
Gráfico 34 Tasa de lesiones de violencia intrafamiliar por cien mil habitantes



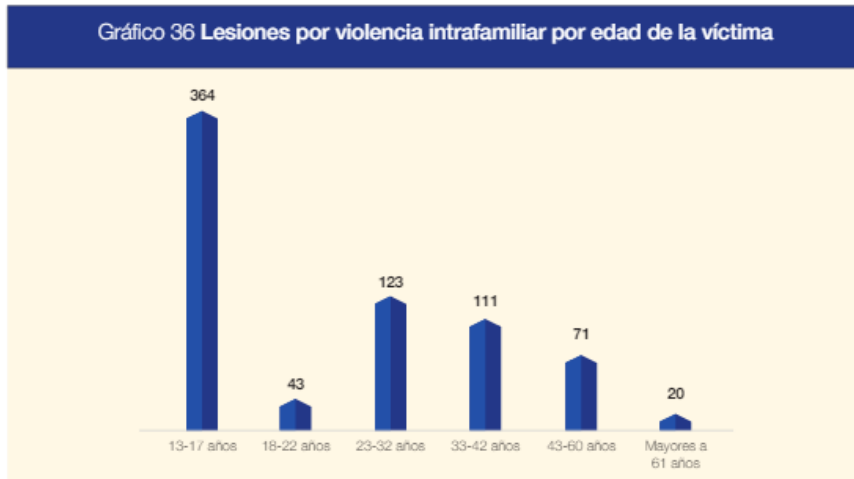
Periodo de análisis: Año 2013
 Fuente: Fiscalía General del Estado
 Elaborado por: Dirección de Política Criminal - Delitoscopia

Gráfico 35 Lesiones de violencia intrafamiliar según día y horario de ocurrencia

Gráfico 33 Evolutivo histórico de lesiones de violencia intrafamiliar a nivel nacional



Periodo de análisis: Enero 2013- Julio 2014
 Fuente: Fiscalía General del Estado
 Elaborado por: Dirección de Política Criminal - Delitoscopia



16. ¿Se indica el sexo de la víctima en los registros de la policía, los fiscales y los tribunales?

Si (X) No ()

Fuente: <https://app.box.com/s/ycmz9m0232x7doq9u8z1f80exyulhz35>



Salud y Seguridad

17. ¿Hay datos y/o resultados de la investigación sobre la influencia perjudicial de la sensación de inseguridad y la inseguridad en la salud mental de las mujeres?

Si () No (X)

Si "sí", por favor, proporcione referencias.

18. ¿Existen medidas de protección de salud y seguridad específicas para las mujeres, y / o con disposiciones especiales para las madres con niños pequeños, en las instituciones "cerradas", incluyendo en:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

- (No) Cárceles (por ejemplo, medidas similares a las Reglas de Bangkok),
- (No) Celdas de detención policial
- (No) Los hospitales psiquiátricos,
- (No) Centros pre-deportación,
- (No) Campamentos para las mujeres y las familias desplazadas (si procede),
- (No) Conventos
- (Sí) Centros de acogida para mujeres.

Estos son manejados por ONGs de la sociedad civil, no por el Estado. La política depende de cada ONG.

Si "sí", por favor proporcione cualquier información sobre las medidas de protección establecidas.

19. ¿Existen programas específicos de formación para los profesionales médicos y legales sobre la cuestión de la discriminación de género en el ámbito de la salud y la seguridad?

Si () No (X)

¿Cubren? (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"):

- (No) Las cuestiones relacionadas con necesidades específicas de las mujeres en el ámbito de la salud
- (No) La vulnerabilidad específica de las mujeres como víctimas de la violencia de género o crímenes específicos, cubriendo por ejemplo los temas de:
 - (No) El tipo de violencia de género,
 - (No) Sus ocurrencias y síntomas
 - (No) Los métodos de detección
 - (Sí) Protocolos médicos
- (No) La influencia de la violencia de género, en particular de la violencia sexual en los futuros comportamientos de las víctimas (los síntomas de estrés postraumático, etc.)

III. ¿Podría por favor indicar cualquier reforma legal, política o práctica, que tiene en cuenta las "buenas prácticas" en materia de salud y seguridad para las mujeres en su país?

En caso afirmativo, indique en qué criterios se basa su definición de "buenas prácticas".

Desde el año 2014, no existen buenas prácticas. Se está intentando volver a fortalecer el plan de lucha contra la violencia basada en género, pero sin resultados hasta el momento.

En cuanto a la política de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes, el retroceso ha sido evidente y muy grave, como lo hemos mencionado y se puede constatar revisando el borrador de Plan Familia.