

INFORME PAÍS: DESIGUALDADES EN SALUD

Análisis exploratorio interprovincial de indicadores ODS3 seleccionados, 2018-
2022

AGOSTO 2025

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del

SIGLAS

Agenda 2030	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
AMC	Atención Madre Canguro
BIRMM	Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna
CISMIL	Centro de Investigaciones Sociales del Milenio
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIGERCIC	Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
ENEMDU	Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo
ESAMyN	Establecimientos de Salud amigos de la Madre y del Niño
IEPY	Incidencia de extrema pobreza por ingresos
INEC	Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos
ICx	Índice de Concentración en Salud
IDP	Índice de Desigualdad de la Pendiente
IPY	Incidencia de Pobreza por Ingresos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública de Ecuador
NBI	Tasa de Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS – CONHU	Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
SNP	Secretaría Nacional de Planificación
TMM	Tasa de mortalidad materna
TMN	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
TMNN	Tasa de mortalidad neonatal
TMS	Tasa de mortalidad por suicidio
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

CONTENIDO

1. Introducción	5
2. Metodología	6
3. Diagnóstico del país	8
3.1. Evolución de los Indicadores de salud	9
3.1.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)	9
3.1.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)	11
3.1.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)	12
3.1.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)	13
3.2. Indicadores socio-económicos (Estratificadores de equidad)	14
4. Evolución de la desigualdad ecosocial en los indicadores bajo estudio	15
4.1. Evolución de las desigualdades ecosociales en mortalidad materna según estratificadores de pobreza provinciales y métricas-resumen de desigualdades 2018-2022	15
4.2. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2022	17
4.3. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2023	19
4.4. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad por suicidio según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2022	21
5. Discusión de posibles causas de los resultados	22
5.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)	23
5.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)	24
5.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)	24
5.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)	25
6. Acciones realizadas por el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano	26
6.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)	26
6.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)	27
6.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)	27
6.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)	28
7. Conclusiones	28
8. Recomendaciones	29
9. Bibliografía	31
10. Anexos	33

Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1 Porcentaje de muertes codificadas como poco útiles y mal definidas entre 2015-2019 y 2020-2021.....	9
Ilustración 2 Evolución de la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	10
Ilustración 3 Razón de mortalidad materna por provincias (2018-2022).....	10
Ilustración 4 Evolución de la tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos).....	11
Ilustración 5 Tasa de mortalidad neonatal por provincias (2018-2022).....	11
Ilustración 6 Evolución de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	12
Ilustración 7 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por provincias (2018-2022).....	12
Ilustración 8 Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes)	13
Ilustración 9 Razón de mortalidad por suicidio por provincias (2018-2022)	13
Ilustración 10 Evolución de los indicadores socio-económicos.....	14
Ilustración 11 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad materna (ODS 3.1.1) según quintiles de riqueza provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022	16
Ilustración 12 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022 ..	18
Ilustración 13 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022.....	20
Ilustración 14 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad por suicidio (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022 ..	22

Contenido de Tablas

Tabla 1 Métricas de desigualdad mortalidad materna 2018-2022	15
Tabla 2 Métricas de desigualdad mortalidad neonatal 2018-2022.....	17
Tabla 3 Métricas de desigualdad mortalidad menores 5 años 2018-2022.....	19
Tabla 4 Métricas de desigualdad mortalidad por suicidio 2018-2022	21

Contenido de Anexos

Anexo 1 Metodología de los indicadores de salud	33
Anexo 2 Metodología de los indicadores socioeconómicos (estratificadores)	33
Anexo 3 Metodología de las métricas de desigualdad	35
Anexo 4 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad materna (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022.....	35
Anexo 5 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales interprovinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022	36
Anexo 6 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales interprovinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022.....	36
Anexo 7 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad por suicidio (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales interprovinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022	37

1. Introducción

Las desigualdades en salud se refieren a diferencias sistemáticas, cuantificables y medibles, en la salud de distintos grupos poblacionales, definidos por dimensiones sociales como la educación, los ingresos, la riqueza, la identidad étnica y/o de género, entre otras (1). Estas desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de salud pueden fluctuar a lo largo del tiempo, reflejando dinámicas sociales, económicas y políticas complejas. Las desigualdades en salud que se juzgan como injustas (es decir, desigualdades arbitrarias, innecesarias y evitables) se consideran inequidades en salud, las cuales no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen profundas implicaciones para el desarrollo social y económico de las comunidades. La equidad en salud es un objetivo mayor de política sanitaria y requisito para aspirar a la salud universal.

Los datos sobre desigualdades en salud son fundamentales para integrar la equidad en la planificación basada en evidencia y para evaluar si las iniciativas propuestas promueven condiciones más justas. Por ello, el monitoreo, seguimiento y evaluación de estas desigualdades tienen como objetivo principal sustentar políticas, programas y prácticas orientadas a reducir las disparidades consideradas arbitrarias e injustas (1). Además, el análisis eco-social adquiere relevancia especial, ya que permite identificar directamente los territorios donde, desde una perspectiva ecológica, se concentran las desigualdades sociales (2). Este enfoque integral es esencial para diseñar intervenciones efectivas que aborden las causas estructurales de la inequidad.

A nivel global, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible representa un esfuerzo internacional para abordar desafíos mundiales que van desde la pobreza y el hambre hasta la corrupción y el cambio climático. En lo que respecta a la salud, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, “Salud y Bienestar”, busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas (3). En tal sentido, Ecuador, adoptó la Agenda como política pública nacional mediante el Decreto Ejecutivo 371 en el año 2018. Este decreto estableció las bases para alinear las políticas nacionales con los ODS, en el que, la Secretaría Nacional de Planificación (SNP) asumió la responsabilidad de realizar un seguimiento periódico del cumplimiento de los ODS, en coordinación con actores nacionales y con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (4).

Por otro lado, Ecuador forma parte de la “Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud”, una iniciativa del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Este organismo de integración subregional tiene como objetivo coordinar y apoyar los esfuerzos de los países miembros para mejorar la salud y reducir las desigualdades en la región. A través de ello, Ecuador colabora activamente en la implementación de estrategias y políticas que promueven la equidad en salud y ha participado en eventos clave para fortalecer sus capacidades institucionales y regionales.

En 2023, Ecuador participó en el “*Taller Regional de Intercambio de Conocimientos y Experiencias: Monitoreo para la Reducción de Desigualdades y Presentación de la Plataforma de Monitoreo del ODS 3 de la OPS/OMS*”, y en 2024, formó parte del “*Taller Andino: Datos para el Impacto en la Equidad en Salud*”. Ambos espacios, buscaron fortalecer las capacidades

nacionales y regionales para medir, analizar y monitorear las desigualdades sociales en salud, con el objeto de generar evidencia que promueva el diseño de políticas públicas más efectivas y equitativas. Como resultado de estos talleres, los países miembros, incluido Ecuador, se comprometieron a elaborar un “Informe sobre Desigualdades en Salud”.

El presente documento tiene como objetivo presentar evidencia exploratoria sobre las desigualdades en cuatro indicadores de salud poblacional clave como son la mortalidad materna, la mortalidad neonatal, la mortalidad de menores de cinco años y la mortalidad por suicidio, así como sus tendencias en el periodo 2018-2022 (a excepción del 2020, primer año de la pandemia de COVID-19) entre las provincias continentales del país según estratificadores de equidad. Con el respaldo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), este informe representa un paso decisivo hacia la institucionalización del análisis y monitoreo de desigualdades en salud, que oriente la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas enfocadas en reducir las inequidades en salud.

2. Metodología

El análisis exploratorio de las desigualdades eco sociales en salud se realizó siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La metodología consistió en analizar la distribución de indicadores de la salud a lo largo de un gradiente de posición social relativa entre las provincias del país. Esta desigualdad distributiva se cuantificó a través de cuatro métricas-resumen estándar de desigualdad en salud: la brecha absoluta, la brecha relativa, el gradiente absoluto (llamado índice de desigualdad de la pendiente) y el gradiente relativo (llamado índice de concentración de la desigualdad). El gradiente social se definió a partir de un indicador del estado socioeconómico en cada provincia, denominado estratificador de equidad, que las ordena de peor a mejor situación social. Las unidades de análisis fueron las 23 provincias del Ecuador continental, excluyéndose Galápagos debido a la falta de completitud de datos tanto de salud como de estratificación social (5). El periodo de análisis comprendió los años 2018-2022, exceptuando el 2020 (primer año pandémico). Se analizaron cuatro indicadores de salud: mortalidad materna; mortalidad neonatal; mortalidad en menores de 5 años y mortalidad por suicidio. Los estratificadores de equidad fueron: pobreza por ingresos, pobreza extrema por ingresos; pobreza según necesidades básica insatisfechas y pobreza multidimensional.

Indicadores de Salud (Ver Anexo 1)

- **Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos:** mide el número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo debido a causas relacionadas con el mismo, expresado como razón por cada 100.000 nacidos vivos en un período determinado.
- **Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos:** mide el número de muertes neonatales, expresado como tasa por cada 1.000 nacidos vivos en un período determinado. El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento.

- **Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos:** mide el número de muertes de niños menores de 5 años de edad, expresado como tasa por cada 1.000 nacidos vivos en un período determinado.
- **Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes:** mide el número de muertes por causa de suicidio, expresado como tasa por cada 100.000 habitantes en un período de tiempo determinado.

Indicadores socio-económicos (Estratificadores de equidad, Ver Anexo 2)

- **Pobreza por ingreso:** porcentaje de la población total que tiene un ingreso per cápita menor al valor nacional de la línea de pobreza en un período determinado.
- **Pobreza extrema por ingreso:** porcentaje de la población total que tiene un ingreso per cápita menor al valor nacional de la línea de pobreza extrema en un período determinado.
- **Pobreza por necesidades básicas insatisfechas:** hace referencia a la proporción de personas que pertenecen a un hogar con carencias en la satisfacción de al menos una de sus necesidades básicas representadas en cinco componentes: i) calidad de la vivienda, ii) hacinamiento, iii) acceso a servicios básicos, iv) acceso a educación y, v) capacidad económica.
- **Pobreza multidimensional:** corresponde al porcentaje de personas que viven en hogares que tienen privaciones en una tercera parte o más de los indicadores ponderados ($K \geq 33,3\%$) (Anexo 2). Así, identifica privaciones simultáneas que enfrentan las personas en el goce de los derechos del Buen Vivir y el bienestar de la población. Para ello, se toman en cuenta 4 dimensiones, con un peso del 25% del total: (i) educación; (ii) trabajo y seguridad social; (iii) salud, agua y alimentación social; (iv) hábitat, vivienda y ambiente sano.

Métricas-resumen estándar de desigualdad (Ver Anexo 3)

- **Brecha absoluta:** se define como la diferencia aritmética en el indicador de salud entre los quintiles (u otros cuantiles) extremos del estratificador social. En este análisis, la brecha absoluta refleja el exceso en la tasa de mortalidad en el quintil de provincias con peor estado socioeconómico en comparación con el quintil de provincias con mejor estado socioeconómico.

Esta métrica simple de desigualdad en salud, es intuitiva y no considera la información de los quintiles intermedios ni el peso poblacional de los quintiles extremos del gradiente social. Una brecha absoluta igual a cero indica la ausencia de desigualdad en salud.

- **Brecha relativa:** se define como el cociente aritmético del indicador de salud entre los quintiles (u otros cuantiles) extremos del estratificador social. En este análisis, la brecha relativa indica cuántas veces la tasa de mortalidad del quintil de provincias con peor estado socioeconómico supera la tasa de mortalidad del quintil de provincias con mejor estado socioeconómico.

Al igual que la brecha absoluta, esta métrica simple de desigualdad en salud no considera la información de los quintiles intermedios ni el peso poblacional de los quintiles extremos del gradiente social. Una brecha relativa igual a uno indica la ausencia de desigualdad en salud.

- **Gradiente absoluto (Índice de desigualdad de la pendiente):** es una métrica compleja de desigualdad en salud obtenida mediante la regresión estadística del indicador de salud sobre el gradiente de posición social relativa. Para su cálculo, se emplea un modelo de regresión lineal generalizada ponderada que considera la información de todas las provincias y su tamaño poblacional.

El índice de desigualdad de la pendiente (IDP) indica el exceso de mortalidad acumulado al pasar desde la provincia con peor estado socioeconómico hasta la provincia con mejor estado socioeconómico. Al considerar la información de todas las unidades de análisis y su tamaño poblacional, este índice es una métrica más robusta y precisa que la brecha absoluta de desigualdad en salud. Un índice de desigualdad de la pendiente igual a cero indica la ausencia de desigualdad en salud, representada gráficamente como una línea horizontal.

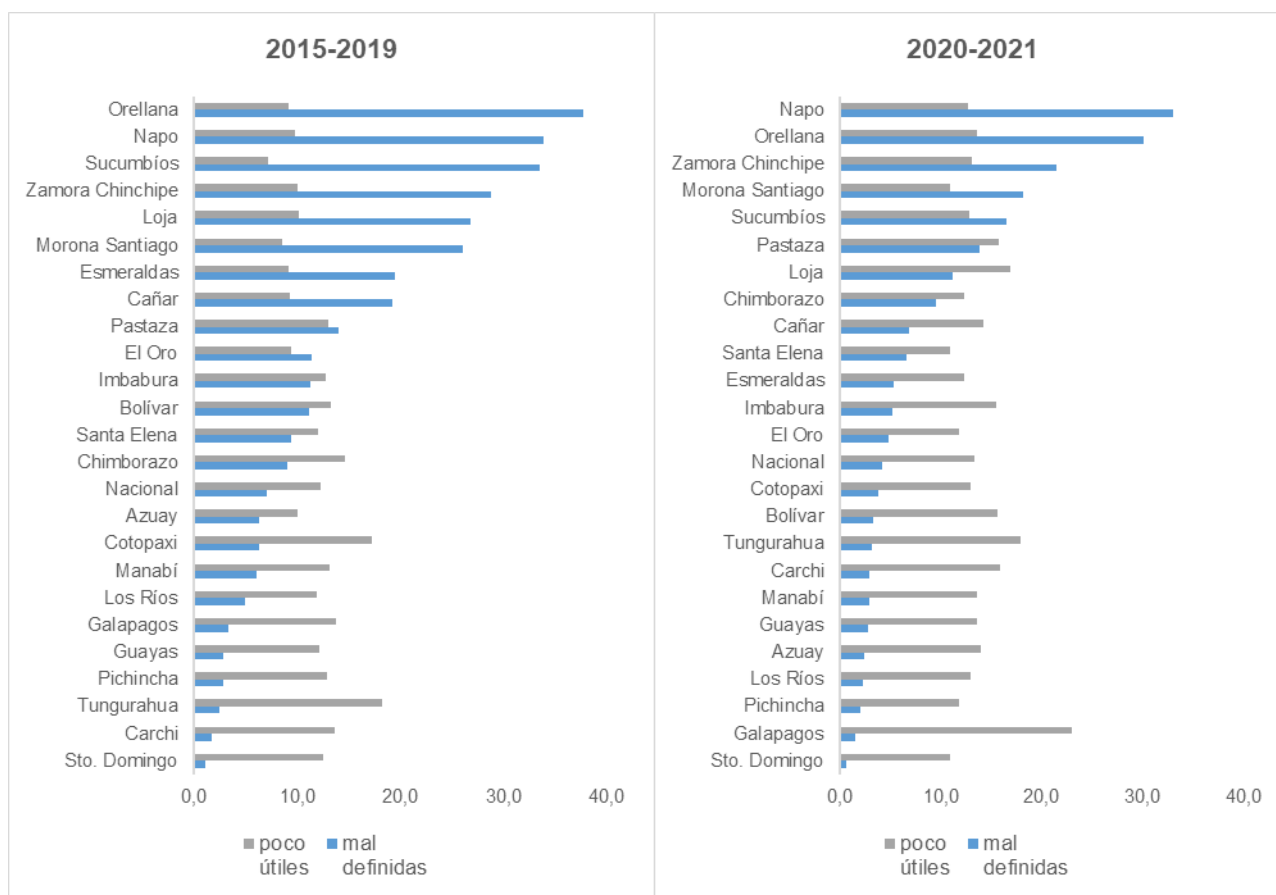
- **Gradiente relativo (Índice de concentración de la desigualdad en salud):** es una métrica compleja que resume la desproporcionalidad entre la distribución de la población ordenada según un estratificador social y la distribución de la salud en dicha población. Este índice cuantifica la concentración de la carga de mortalidad a lo largo del gradiente social, generalmente reflejando una mayor carga en las provincias con peor estado socioeconómico, lo cual se expresa con un valor negativo. Un índice de concentración (ICx) igual a cero indica ausencia de desigualdad en salud, representada gráficamente como una línea diagonal (o línea de equidistribución).

3. Diagnóstico del país

Examinar la calidad de los datos de los registros de estadísticas vitales, especialmente aquellos relacionados con defunciones, es fundamental previo al análisis de datos. Para evaluar la calidad de la codificación de la causa básica de defunción, enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal, se utilizan comúnmente dos indicadores. El primero se refiere al porcentaje de muertes donde la causa básica de defunción fue codificada como causa mal definida – esto es, signos, síntomas y otros hallazgos clínicos no clasificados. El segundo evalúa el porcentaje de muertes donde la causa básica de defunción fue codificada como causa poco útil – esto es, causas terminales, causas intermedias y complicaciones.

La evaluación de la calidad de la codificación de la causa básica de defunción en Ecuador revela que, el porcentaje nacional de defunciones codificadas como causas mal definidas fue de 7,1% para 2015-2019 y 4,1% para 2020-2021. Al superar el umbral del 3%, este indicador señala la necesidad de mejora a nivel nacional, con apreciables diferencias entre provincias. Así mismo, el porcentaje nacional de defunciones codificadas como causas poco útiles fue de 12,3% en 2015-2019 y de 13,3% en 2020-2021. Este incremento, que se mantiene por encima del 10%, indica la necesidad de mejorar este indicador a nivel nacional, especialmente considerando su notoria debilidad en todas las provincias y su mayor frecuencia en relación con las causas mal definidas.

Ilustración 1 Porcentaje de muertes codificadas como poco útiles y mal definidas entre 2015-2019 y 2020-2021



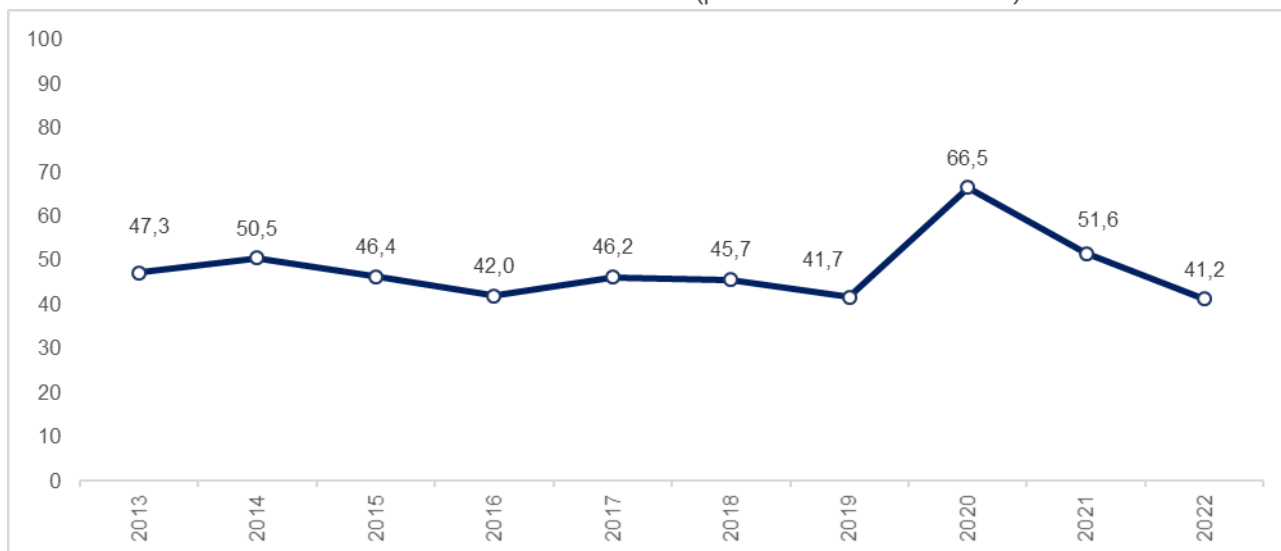
Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2024)

3.1. Evolución de los Indicadores de salud

3.1.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)

Al analizar la evolución de la razón de mortalidad materna, se observa una variación negativa del 12,7% entre los años 2013 y 2022, con una disminución promedio anual del 1,5%. En términos absolutos, la razón de mortalidad materna pasó de 47,3 en 2013 a 41,2 en 2022; representando una reducción neta que tiende a 6 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Ilustración 2 Evolución de la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)

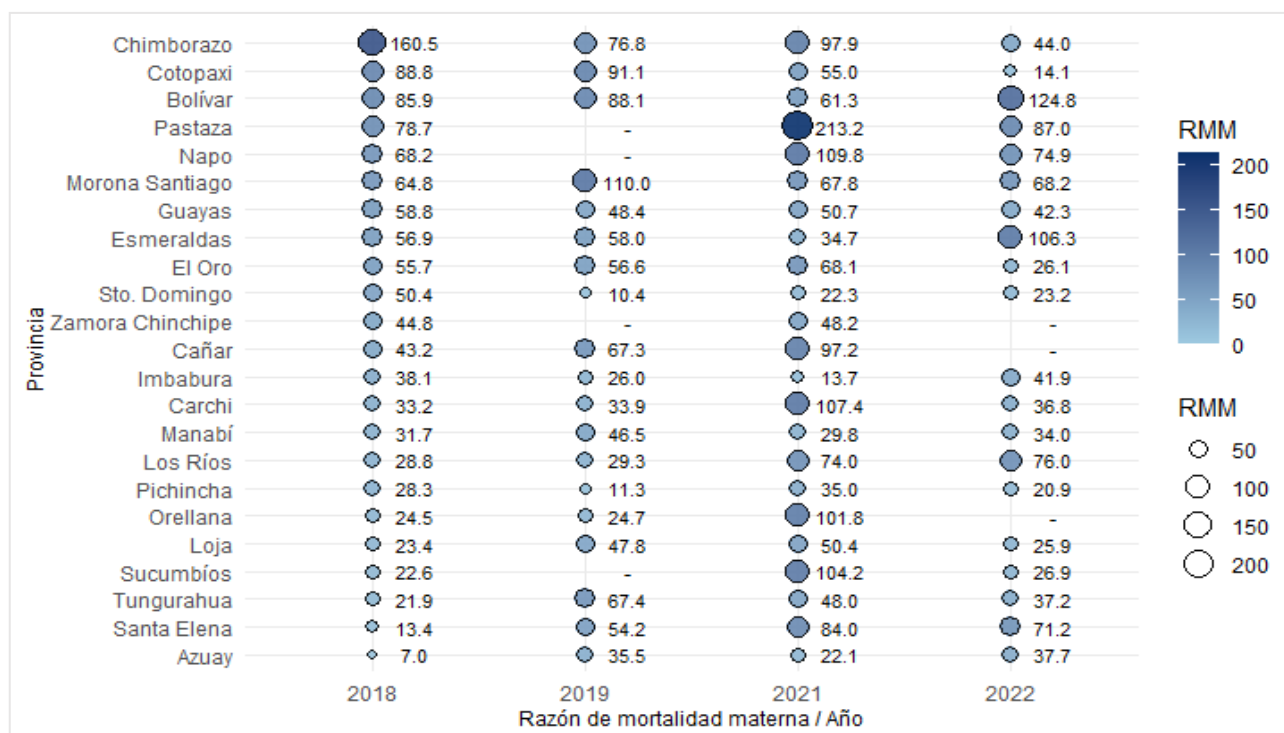


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

Durante los años de análisis, desde 2018 a 2022, las provincias con mayor razón de mortalidad materna fueron: Pastaza, Chimborazo, Bolívar y Morona Santiago. Cabe indicar que, solo en 2018, Chimborazo registró una razón de mortalidad materna de 160,5. En contraste, Azuay, Pichincha, Santo Domingo de los Tsáchilas e Imbabura son las provincias que registran menor razón de mortalidad materna.

Ilustración 3 Razón de mortalidad materna por provincias (2018-2022)



Nota: En las provincias que no se cuenta con información para el período de análisis, se presenta la razón de mortalidad materna como (-).

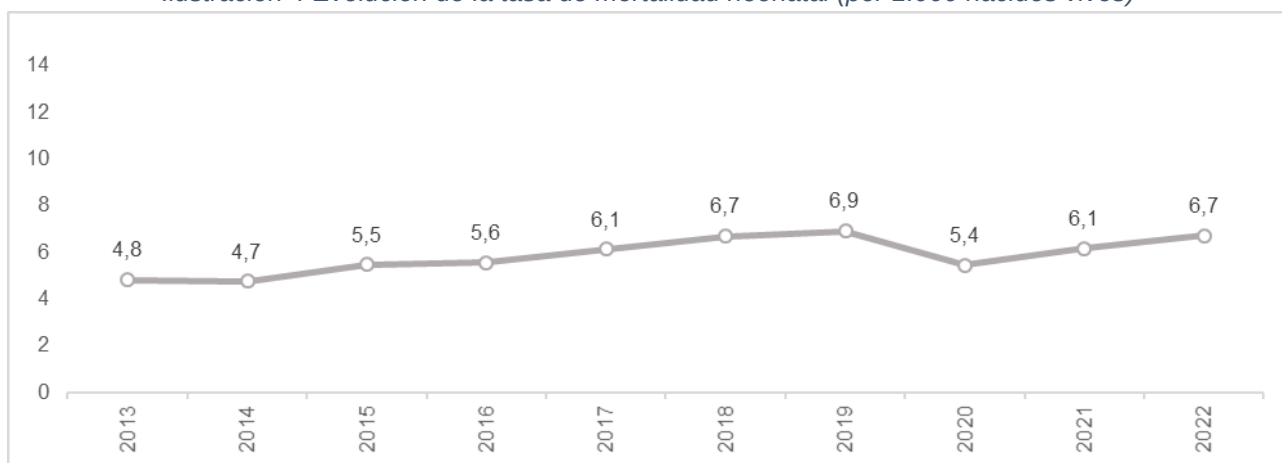
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

3.1.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)

Al analizar la evolución de la tasa de mortalidad neonatal, se observa una variación de 39,5% entre los años 2013 y 2022, con un incremento promedio anual del 3,7%. En términos absolutos, la tasa pasó de 4,8 a 6,7 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos, es decir, aproximadamente 2 muertes adicionales por cada 1.000 nacidos vivos.

Ilustración 4 Evolución de la tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)

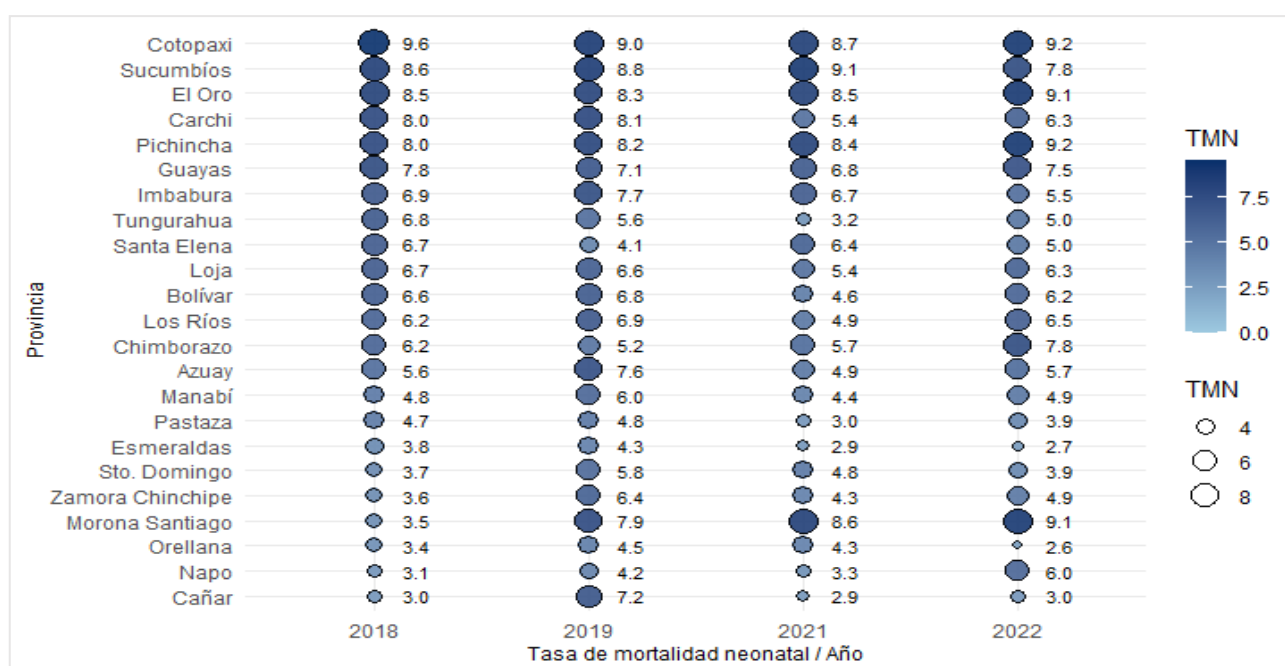


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

Durante los años de análisis, desde 2018 a 2022, las provincias con mayor tasa de mortalidad neonatal son: Cotopaxi, El Oro y Sucumbíos. En contraste, Esmeraldas, Orellana y Cañar son las provincias que registran menor tasa de mortalidad neonatal.

Ilustración 5 Tasa de mortalidad neonatal por provincias (2018-2022)



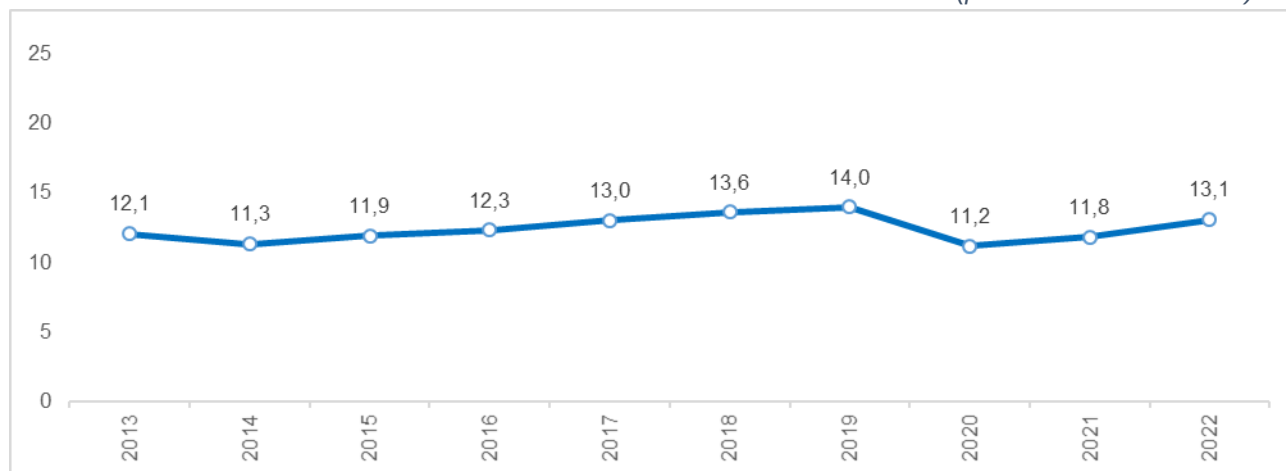
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

3.1.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)

Al analizar la evolución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, se observa una variación del 8,3% entre 2013 y 2022, con un incremento promedio anual del 0,8%. En términos absolutos, la tasa pasó de 12,1 a 13,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; es decir aproximadamente 1 muerte adicional por cada 1.000 nacidos vivos.

Ilustración 6 Evolución de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)

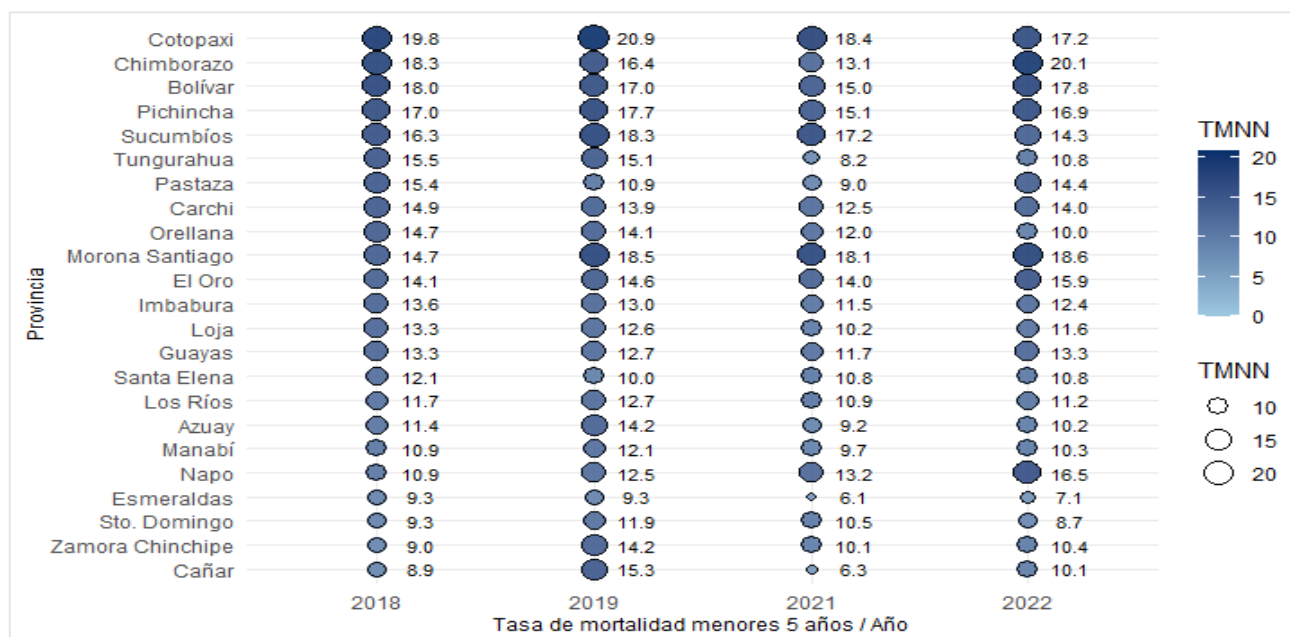


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

Durante los años de análisis, desde 2018 a 2022, las provincias con mayor tasa de mortalidad en niños menores de 5 años son: Cotopaxi, Morona Santiago, Bolívar, Chimborazo y Pichincha. En contraste, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Cañar, Manabí y Zamora Chinchipe son las provincias que registran menor tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Ilustración 7 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por provincias (2018-2022)



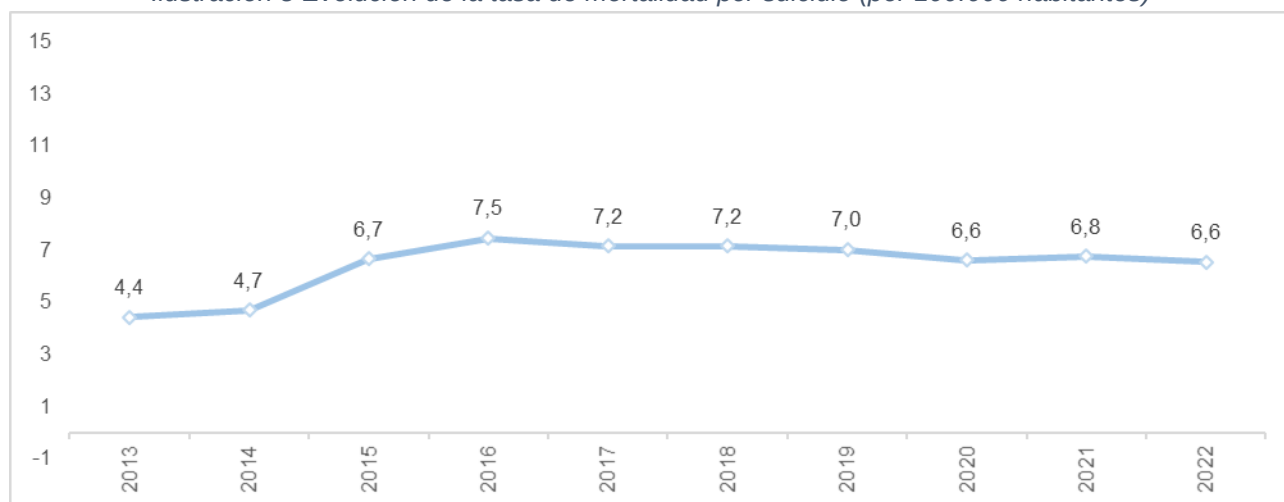
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

3.1.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)

Al analizar la evolución de la tasa de mortalidad por suicidio, se observa una variación del 47,7% entre 2013 y 2022, con un aumento promedio anual del 4,6%. En términos absolutos, la tasa pasó de 4,4 a 6,6 por cada 100.000 habitantes; es decir, aproximadamente 2 muertes adicionales por cada 100.000 habitantes.

Ilustración 8 Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes)

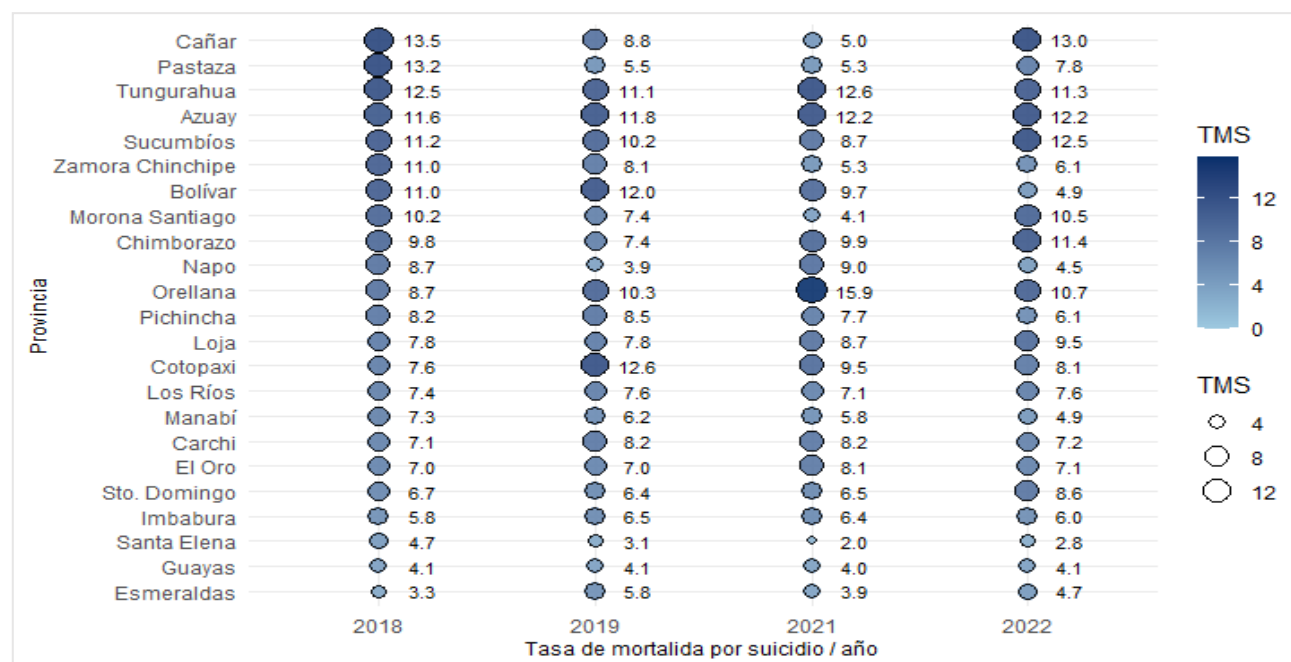


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

Entre 2018 a 2022, las provincias con mayor tasa de suicidio son: Azuay, Tungurahua y Orellana, con cifras promedio superiores a 10 por 100.000 habitantes. En contraste, Santa Elena, Guayas y Esmeraldas tienen tasas más bajas con una cifra promedio menor a 5 por 100.000 habitantes.

Ilustración 9 Razón de mortalidad por suicidio por provincias (2018-2022)

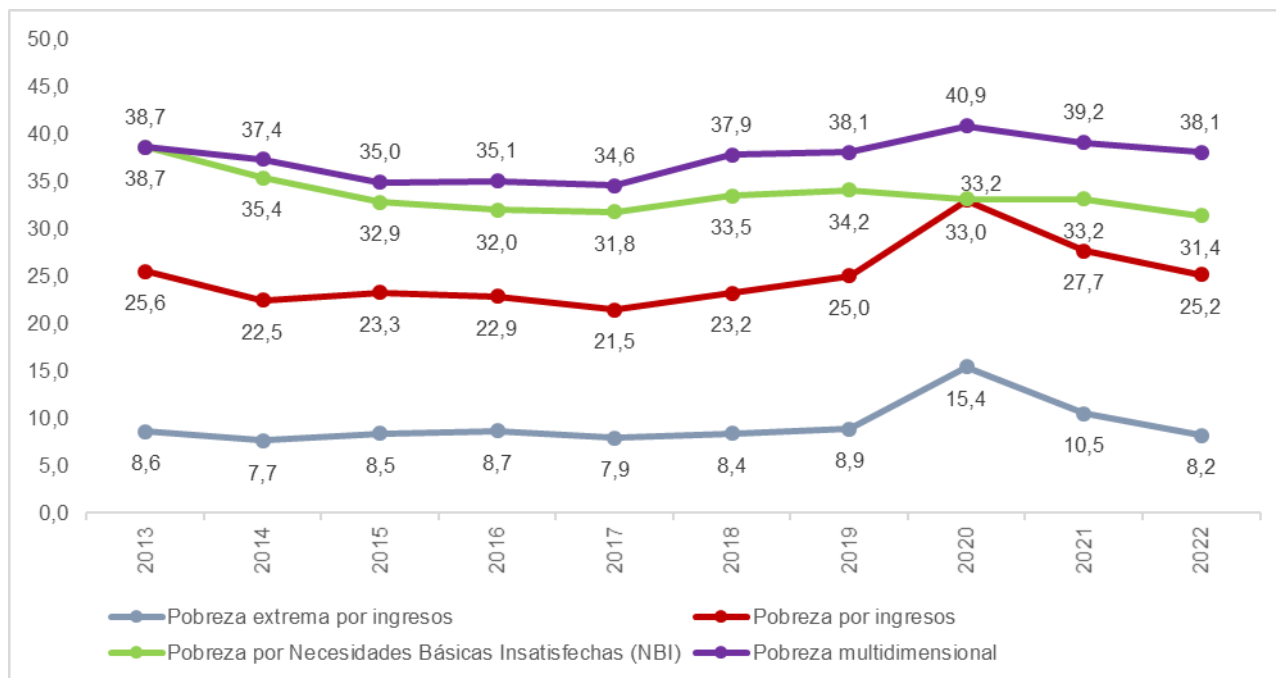


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - Instituto Nacional de Estadística y Censos.

3.2. Indicadores socio-económicos (Estratificadores de equidad)

Ilustración 10 Evolución de los indicadores socio-económicos



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

Fuente: ENEMDU Anual - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)

La **pobreza extrema por ingresos** se redujo levemente, con una variación de 4,8%; pasando de 8,6% en 2013 a 8,2% en 2022. En 2020 alcanzó un pico de 15,4%, atribuible al impacto de la pandemia, con una recuperación al año posterior que no logró retornar a los niveles mínimos previos.

La **pobreza por ingresos** presentó una leve reducción, con una variación de 1,5%; pasando de 25,6% en 2013 a 25,2% en 2022. La tendencia descendiente hasta 2017 (21,5%) fue seguida por un incremento sostenido que alcanzó su máximo en 2020 (33,0%), con una recuperación parcial y progresiva en los años posteriores.

En **pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI)** presentó una reducción notable, con una variación de 18,8%; pasando de 38,7% en 2013 a 31,4% en 2022. En el 2020, no se observa un incremento, como en los demás tipos de pobreza, sino, que, contrario al efecto esperado, se evidencia una disminución gradual.

La **pobreza multidimensional** se redujo levemente, con una variación de 1,6%, pasando de 38,7% en 2013 a 38,1% en 2022. La tendencia fue variable, y en 2020 muestra el valor más alto (40,9%) debido a la pandemia con una leve recuperación para el año siguiente.

La pandemia de 2020 incrementó todas las formas de pobreza. No obstante, la recuperación fue más rápida en los indicadores de pobreza por ingresos, que en los estructurales (NBI y pobreza

multidimensional), lo que refleja su distinta sensibilidad y las implicaciones de la variabilidad en las desigualdades sociales y de salud.

4. Evolución de la desigualdad ecosocial en los indicadores bajo estudio

4.1. Evolución de las desigualdades ecosociales en mortalidad materna según estratificadores de pobreza provinciales y métricas-resumen de desigualdades 2018-2022

Tabla 1 Métricas de desigualdad mortalidad materna 2018-2022

Estratificador provincial	Año	Métricas de desigualdad en salud			
		BA	BR	IDP	ICx
Incidencia de pobreza por ingresos	2018	3,5	1,1	-29,4	-10,2
	2019	12,9	1,4	-23,8	-7,2
	2021	33,7	1,8	-37,3	-12,2
	2022	12,6	1,4	-36,1	-15,0
Incidencia de extrema pobreza por ingreso	2018	3,5	1,1	-19,9	-8,0
	2019	5,3	1,1	-0,2	-2,3
	2021	63,6	2,4	-30,2	-11,2
	2022	13,7	1,4	-22,3	-11,2
Tasa de pobreza por necesidades básicas insatisfechas	2018	21,8	1,8	-20,6	-7,0
	2019	20,1	1,8	-24,5	-10,2
	2021	34,9	1,8	-25,7	-7,3
	2022	43,2	2,6	-41,0	-17,2
Tasa de pobreza multidimensional	2018	4,0	1,1	-29,9	-9,9
	2019	13,2	1,4	-24,0	-7,1
	2021	37,7	2,0	-41,1	-12,9
	2022	19,8	1,7	-35,1	-13,5

BA = Brecha absoluta (índice absoluto de Kuznets) BR = Brecha relativa (índice relativo de Kuznets)
IDP = Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluto) ICx = Índice de concentración (gradiente relativo)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

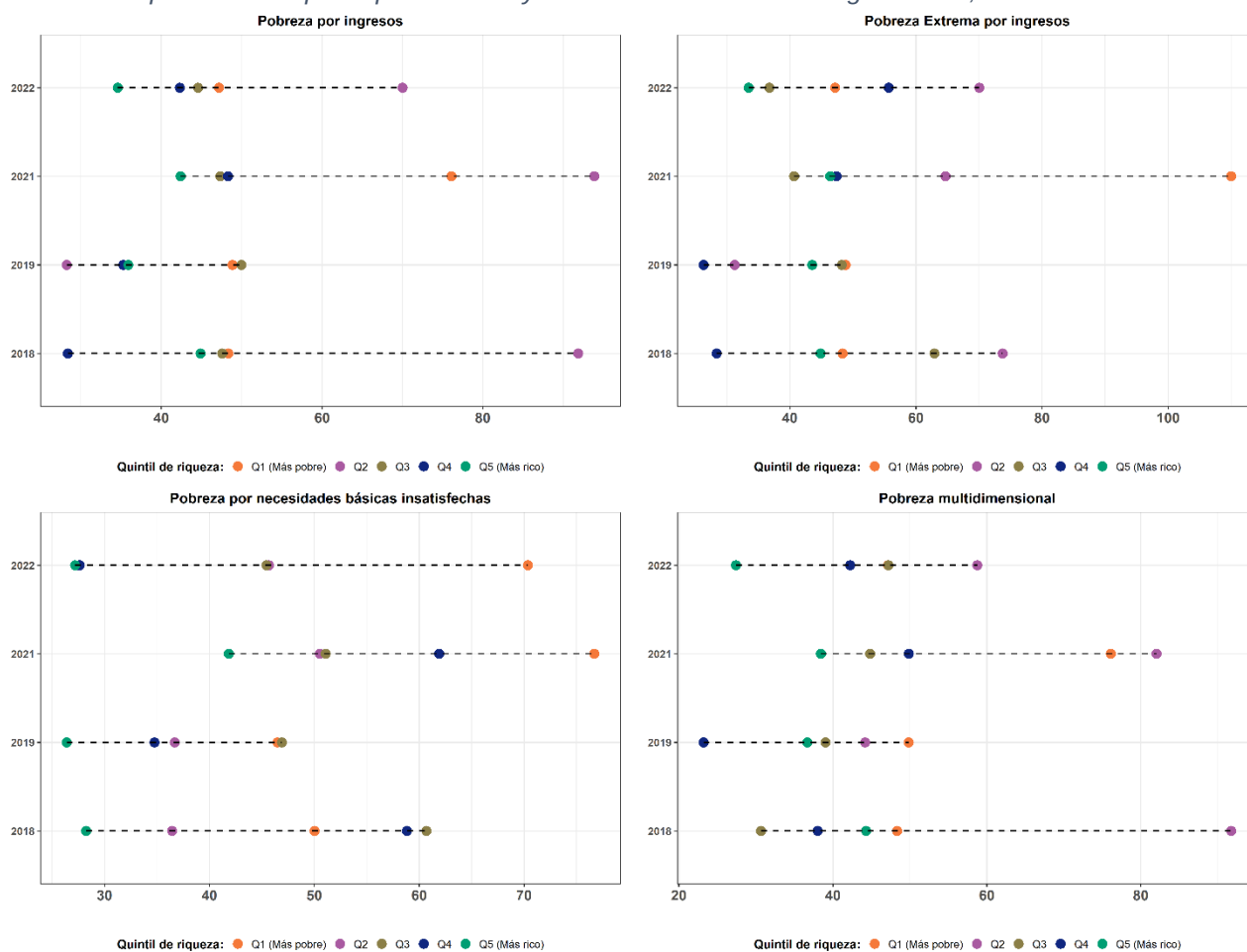
La **brecha absoluta** en 2022 es de 43,2, lo que indica que, por cada 100.000 nacidos vivos, hay aproximadamente 43 defunciones maternas adicionales en el quintil de las provincias más pobres (mayor NBI) respecto al quintil de las provincias más ricas (menor NBI).

La **brecha relativa** en 2022 es de 2,6, lo que significa que la razón de mortalidad materna de las provincias más pobres (mayor NBI) es un 2,6 veces la de las provincias más ricas (menor NBI).

El **índice de desigualdad de la pendiente** en 2022 es -41,0 por el estratificador de necesidades básicas insatisfechas. Esto significa que en las provincias más pobres hay 41 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con las provincias más ricas.

El **índice de concentración** en 2022 por el estratificador de pobreza por ingreso indica que el 20% de la población más pobre concentra el 28,17% de las muertes maternas, durante el 2022, siendo este el año en el cual se evidencia mayor desigualdad.

Ilustración 11 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad materna (ODS 3.1.1) según quintiles de riqueza provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

En los años de análisis se observó un aumento de la desigualdad en la distribución de la razón de mortalidad materna (RMM), con un patrón consistentemente 'pro-pobre'. En 2021 (segundo año pandémico), la brecha absoluta y la brecha relativa registraron un incremento notable en todos los estratificadores, especialmente en NBI y pobreza multidimensional. En 2022, NBI alcanzó la mayor BA (43,2) y BR (2,6), mientras que el IDP (-41,0) y el ICx (-17,2) confirmaron un fuerte gradiente adverso y la concentración de las muertes maternas en las provincias más pobres.

4.2. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2022

Tabla 2 Métricas de desigualdad mortalidad neonatal 2018-2022

Estratificador provincial	Año	Métricas de desigualdad en salud			
		BA	BR	IDP	ICx
Incidencia de pobreza por ingreso	2018	-2,7	0,6	3,2	8,1
	2019	-2,6	0,7	2,7	6,1
	2021	-2,7	0,6	2,8	8,5
	2022	-1,6	0,8	4,0	10,0
Incidencia de extrema pobreza por ingreso	2018	-2,7	0,6	3,4	8,3
	2019	-2,2	0,7	1,9	4,4
	2021	-0,9	0,9	2,8	7,5
	2022	-1,7	0,8	2,7	7,6
Tasa de pobreza por necesidades básicas insatisfechas	2018	-3,0	0,6	3,5	8,3
	2019	-2,2	0,7	2,6	6,2
	2021	-2,1	0,7	5,9	6,5
	2022	-3,3	0,6	3,3	7,6
Tasa de pobreza multidimensional	2018	-2,9	0,6	3,5	9,2
	2019	-2,0	0,7	2,6	6,3
	2021	-3,3	0,6	3,3	9,0
	2022	-1,9	0,8	3,7	8,9

BA = Brecha absoluta (índice absoluto de Kuznets) BR = Brecha relativa (índice relativo de Kuznets)
IDP = Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluto) ICx = Índice de concentración (gradiente relativo)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

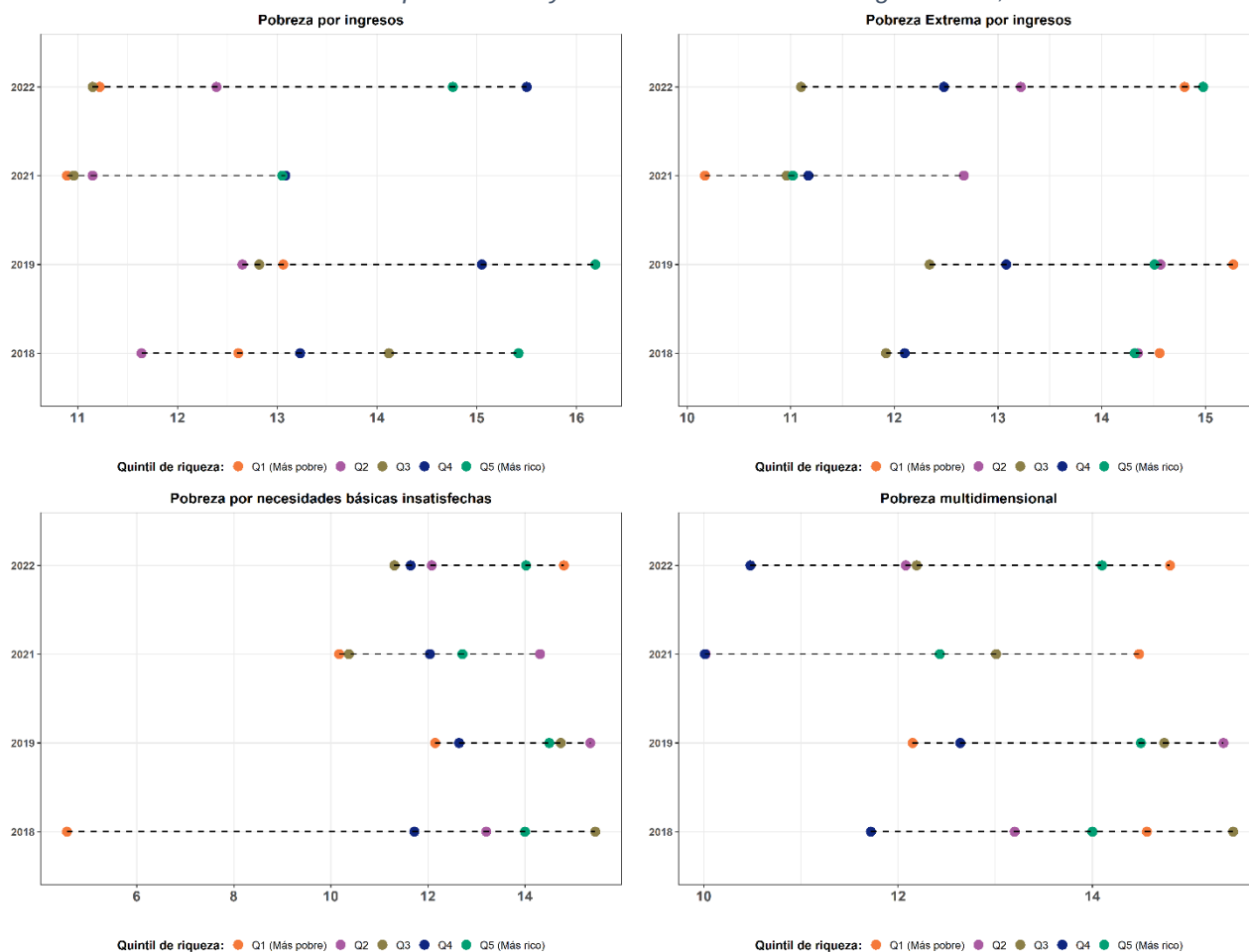
La **brecha absoluta** en 2022 es de -3,3, lo que indica que, por cada 1.000 nacidos vivos, hay aproximadamente 3 defunciones neonatales adicionales en el quintil de las provincias más ricas (mayor NBI) respecto al quintil de las provincias más pobres (menor NBI).

La **brecha relativa** en 2022 es de 0,8 por los estratificadores de pobreza por ingreso, extrema pobreza por ingreso y pobreza multidimensional, lo que significa que la tasa de mortalidad neonatal de las provincias más pobres es un 20% menor que la de las provincias más ricas.

El **índice de desigualdad de la pendiente** en 2021 es 5,9 por el estratificador de necesidades básicas insatisfechas. Esto significa que en las provincias más ricas hay aproximadamente 6 muertes neonatales más por cada 1.000 nacidos vivos en comparación con las provincias más pobres.

El **índice de concentración** en 2022 por el estratificador de pobreza por ingreso indica que el 20% de la población más pobre concentra el 15,59% de las muertes neonatales, durante el 2022, siendo este el año en el que se evidencia mayor desigualdad para el quintil más rico.

Ilustración 12 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

En los años de análisis se observó un incremento de la desigualdad en la distribución de la razón de mortalidad neonatal (RMN), con un patrón consistentemente 'pro-rico'. La brecha absoluta y la brecha relativa evidencian ligeras variaciones, mostrando que la mayor carga de mortalidad neonatal se concentra en las provincias más ricas, independientemente del estratificador analizado. En 2022, el NBI registró la mayor BA (-3,3) y, respecto a la BR, en los demás estratificadores se reflejó un resultado similar (0,8). El IDP más alto se observó en 2021 con el estratificador de NBI (5,9), mientras que el ICx alcanzó su valor máximo en 2022 para pobreza por ingresos (10,0), confirmando la concentración de muertes neonatales en las provincias más ricas.

4.3. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2022

Tabla 3 Métricas de desigualdad mortalidad menores 5 años 2018-2022

Estratificador provincial	Año	Métricas de desigualdad en salud			
		BA	BR	IDP	ICx
Incidencia de pobreza por ingreso	2018	0,6	1,0	2,4	1,7
	2019	-2,4	0,8	3,0	2,2
	2021	-2,5	0,8	3,0	3,3
	2022	0,8	1,1	1,8	3,4
Incidencia de extrema pobreza por ingreso	2018	0,6	1,0	-7,5	1,7
	2019	-2,4	0,8	3,0	2,2
	2021	2,1	1,2	1,5	1,6
	2022	0,7	1,0	0,9	1,7
Tasa de pobreza por necesidades básicas insatisfechas	2018	-2,8	0,8	4,8	5,6
	2019	-3,1	0,8	4,8	5,9
	2021	-2,2	0,8	3,5	5,1
	2022	-3,5	0,8	5,0	6,5
Tasa de pobreza multidimensional	2018	0,2	1,0	2,9	3,1
	2019	0,8	1,1	2,8	2,4
	2021	-3,3	0,8	5,7	3,2
	2022	-0,2	1,0	3,6	4,0

BA = Brecha absoluta (índice absoluto de Kuznets) BR = Brecha relativa (índice relativo de Kuznets)
IDP = Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluto) ICx = Índice de concentración (gradiente relativo)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

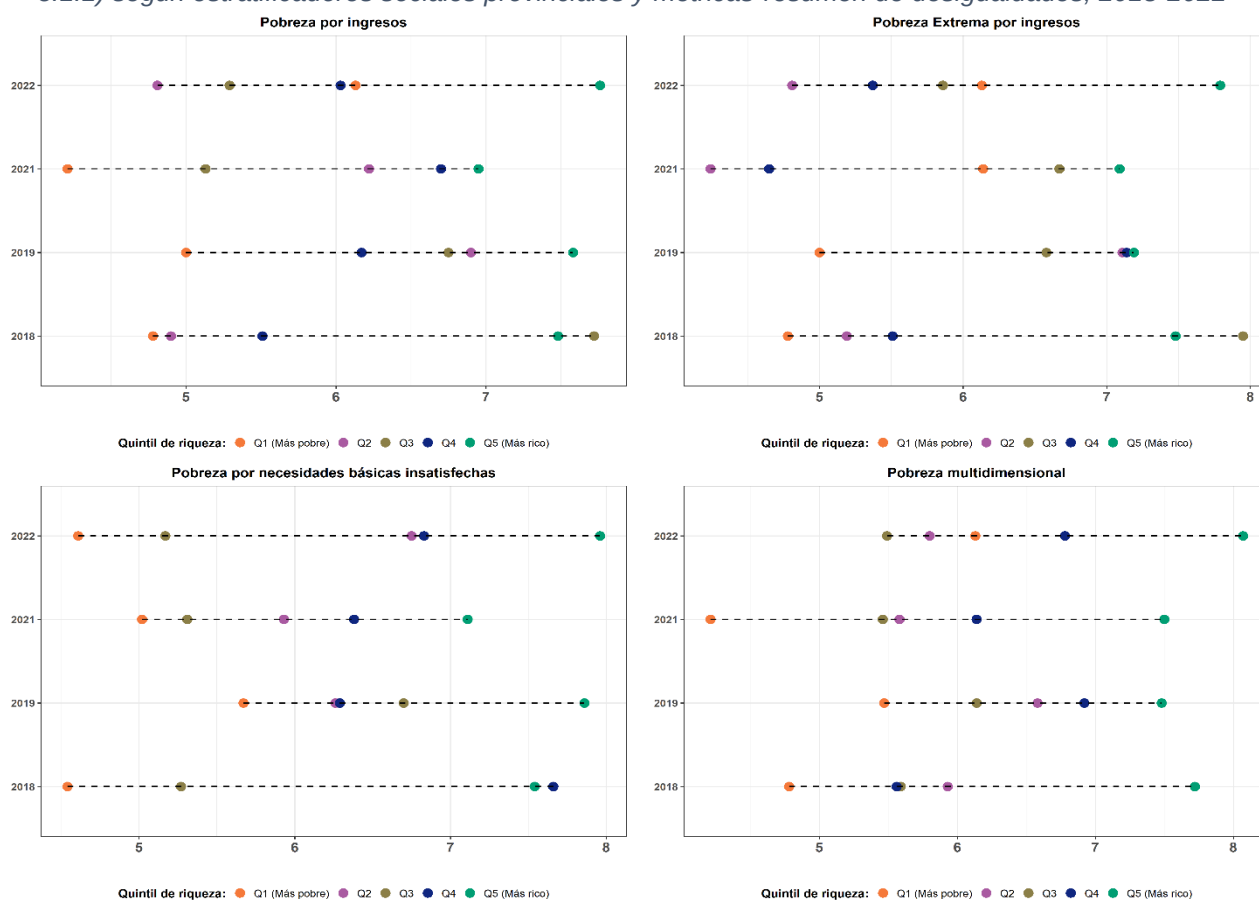
La **brecha absoluta** en 2022 es de -3,5, lo que indica que, por cada 1.000 nacidos vivos, hay aproximadamente 4 defunciones en menores de 5 años adicionales en el quintil de las provincias más ricas (mayor NBI) respecto al quintil de las provincias más pobres (menor NBI).

La **brecha relativa** en 2022 es de 0,8 por el estratificador de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, lo que significa que la tasa de mortalidad en menores de 5 años de las provincias más pobres es un 20% menor que la de las provincias más ricas.

El **índice de desigualdad de la pendiente** en 2022 es 5,0 por el estratificador de necesidades básicas insatisfechas. Esto significa que en el quintil de las provincias más ricas hay aproximadamente 5 muertes en menores de 5 años más por cada 1.000 nacidos vivos en comparación con las provincias más pobres.

El **índice de concentración** en 2022 por el estratificador de pobreza por ingreso indica que el 20% de la población más pobre concentra el 17,04% de las muertes en menores de 5 años, durante el 2022, siendo este el año en el que se evidencia mayor desigualdad para el quintil más rico.

Ilustración 13 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

En los años de análisis se observaron desigualdades en la distribución de la mortalidad en menores de 5 años. La brecha absoluta y la brecha relativa muestran variaciones entre años y estratificadores, aunque en general se identifica una tendencia hacia un patrón pro-rico, particularmente evidente en el estratificador de NBI, donde la carga de mortalidad se concentra en las provincias más ricas.

En 2022, el NBI registró la mayor BA (–3,5), mientras que en 2021 el estratificador de extrema pobreza por ingreso alcanzó la mayor BR (1,2), lo que refleja que la desigualdad también presenta fluctuaciones según el indicador utilizado. El IDP más alto se observó en 2018 en el estratificador de extrema pobreza por ingreso (–7,5), indicando mayor mortalidad en las provincias más pobres, mientras que el ICx alcanzó su valor máximo en 2022 con NBI (6,5), confirmando que, en la mayoría de los casos, las muertes en menores de 5 años estuvieron más concentradas en las provincias más ricas.

4.4. Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad por suicidio según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades: 2018-2022

Tabla 4 Métricas de desigualdad mortalidad por suicidio 2018-2022

Estratificador provincial	Año	Métricas de desigualdad en salud			
		BA	BR	IDP	ICx
Incidencia de pobreza por ingreso	2018	3,9	1,6	-0,4	-3,0
	2019	-0,1	1,0	0,6	-1,1
	2021	-2,4	0,7	2,3	4,1
	2022	3,7	1,6	-0,5	-4,5
Incidencia de extrema pobreza por ingreso	2018	3,9	1,6	-1,9	-5,9
	2019	0,8	1,1	-2,2	-6,1
	2021	2,5	1,4	0,8	-2,0
	2022	3,8	1,6	-1,8	-6,2
Tasa de pobreza por necesidades básicas insatisfechas	2018	-1,8	0,8	2,0	5,6
	2019	-1,7	0,8	3,6	10,2
	2021	-2,5	0,7	4,5	14,5
	2022	-0,2	1,0	2,7	10,3
Tasa de pobreza multidimensional	2018	3,9	1,6	-0,4	-2,3
	2019	0,5	1,1	0,4	-1,3
	2021	-2,0	0,8	1,7	3,2
	2022	2,5	1,4	-1,8	-5,0

BA = Brecha absoluta (índice absoluto de Kuznets) BR = Brecha relativa (índice relativo de Kuznets)
IDP = Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluto) ICx = Índice de concentración (gradiente relativo)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

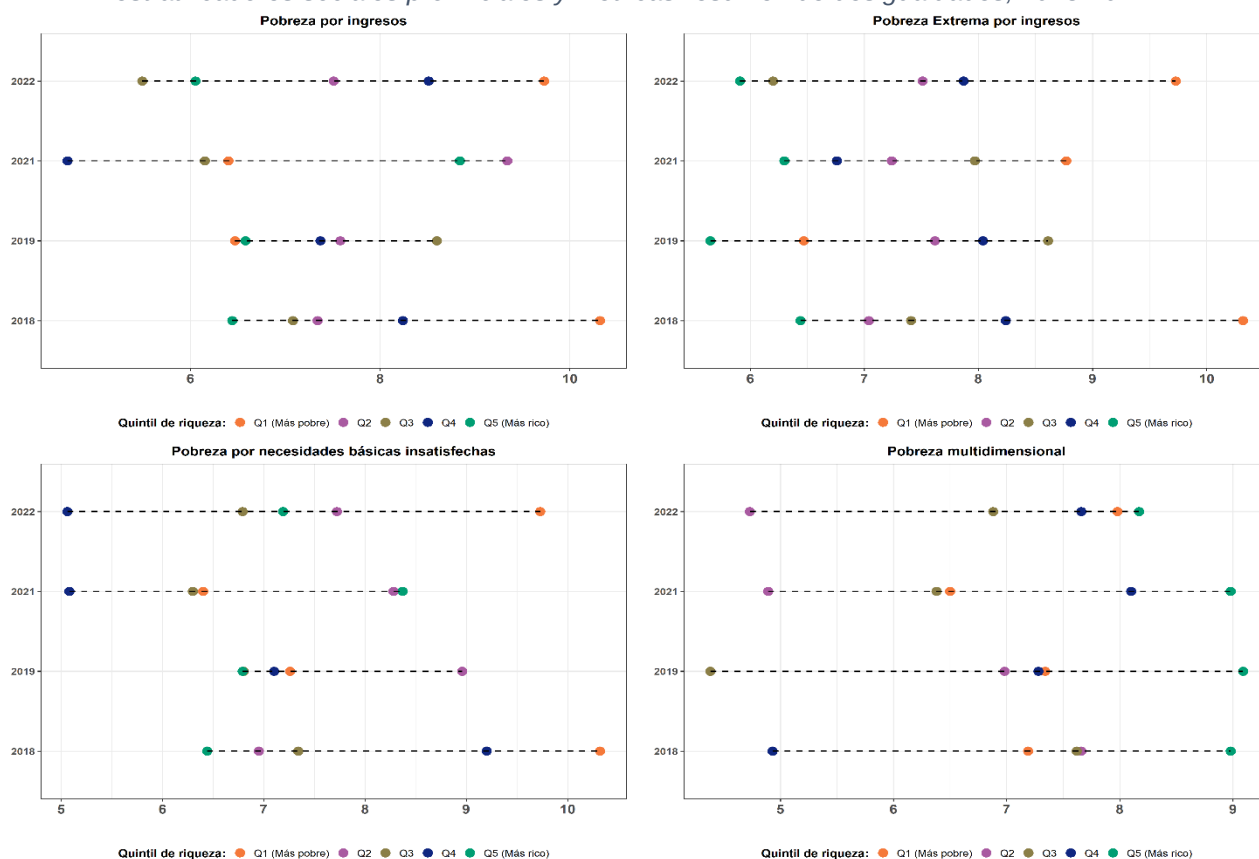
La **brecha absoluta** en 2022 es de 3,8 por el estratificador de extrema pobreza por ingreso, lo que indica que, por cada 100.000 habitantes, hay aproximadamente 4 defunciones por suicidio adicionales en el quintil de las provincias más pobres respecto al quintil de las provincias más ricas.

La **brecha relativa** en 2022 es de 1,6 por el estratificador de pobreza y extrema pobreza por ingresos, lo que significa que la tasa de mortalidad por suicidio de las provincias más pobres es un 1,6 veces la de las provincias más ricas.

El **índice de desigualdad de la pendiente** en 2021 es 4,5 por el estratificador de necesidades básicas insatisfechas. Esto significa que en las provincias más ricas hay aproximadamente 5 muertes por suicidio más por cada 100.000 habitantes en comparación con las provincias más pobres.

El **índice de concentración** en 2022 por el estratificador de pobreza por ingreso indica que el 20% de la población más pobre concentra el 22,23% de las muertes por suicidio, durante el 2022, siendo este el año en el que se evidencia mayor desigualdad para el quintil más rico.

Ilustración 14 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad por suicidio (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2025)

En los años de análisis se observaron desigualdades en la distribución de la mortalidad por suicidio, con variaciones importantes entre estratificadores y años. La brecha absoluta y la brecha relativa muestran valores que en algunos casos favorecen a las provincias más pobres y en otros a las provincias más ricas, lo que evidencia un patrón menos consistente que en otros indicadores de mortalidad.

En 2022, el estratificador de extrema pobreza por ingreso registró la mayor BA (3,8), indicando mayor mortalidad en las provincias más pobres, mientras que en 2021 el estratificador de pobreza por NBI alcanzó la mayor BR (0,7), reflejando un patrón adverso en las provincias más ricas. El IDP más alto se observó en 2021 también en el estratificador de NBI (4,5), mientras que el ICx alcanzó su valor máximo en ese mismo año con el mismo estratificador (14,5), confirmando que en este período las muertes por suicidio se concentraron principalmente en las provincias más ricas.

5. Discusión de posibles causas de los resultados

Antes de la pandemia, el país enfrentaba el desafío de ajustar su economía a los bajos y volátiles precios del petróleo y al financiamiento externo restringido. Ecuador se encontraba en una fase de contracción económica que se vio reforzada por la emergencia sanitaria, social y económica a

causa de la pandemia por el COVID-19. Después de alcanzar un máximo del 2,4% en 2017, el crecimiento económico cayó a casi el cero por ciento en 2019.

La reducción de los ingresos percibidos en el año de pandemia se redujo alrededor del 20% - 30% en comparación al período 2018 – 2019, lo cual es una posible causa del impacto de la pobreza sobre los indicadores sanitarios. Un impacto socioeconómico relevante, que aumentó la pobreza y la informalidad, lo que limitó el acceso a los servicios básicos, especialmente, en los hogares empobrecidos; junto con la reducción de horas laborales, la reducción salarial, obteniendo resultados en concordancia con la magnitud de las consecuencias producto de la crisis originada por el COVID-19 y las medidas tomadas por el Estado ecuatoriano para mitigar las afectaciones causadas en los diferentes sectores, tales como el de Salud.

En el Sector Salud puntualmente, la pandemia de COVID-19 exacerbó las brechas de desigualdad, impactando significativamente en indicadores clave como la mortalidad materna, neonatal, de menores de 5 años y por suicidio. Una de las principales causas fue la saturación del sistema de salud, esto afectó especialmente a las poblaciones más vulnerables, que ya enfrentaban barreras estructurales para acceder a servicios de salud de calidad. Además, la reducción del presupuesto en salud, agravada por la contracción económica y la caída de los ingresos petroleros, mermaron la capacidad del Estado para mantener programas de prevención y atención; profundizando las desigualdades existentes.

Por otro lado, es importante mencionar que existe una limitación respecto al registro de defunciones generales debido a la falta de una normativa que regule en el país el proceso de la certificación de las causas de muerte, lo cual afecta a la calidad de las causas de muerte y la cobertura de los registros a nivel nacional.

En el proceso de recolección de los informes estadísticos existen algunos formularios que no llegan al INEC ya que el familiar no realiza el proceso de inscripción y en otros casos desde las oficinas de la DIGERCIC llegan los formularios fuera del tiempo establecido para la entrega.

Adicionalmente, se debe considerar como datos provisionales la información de las defunciones generales ocurridas a partir del año 2020 en adelante, ya que están sujetas a ajustes por registros tardíos y verificación de fallecimientos relacionados por COVID-19. Se debe considerar que para el año 2020 todavía no se ha finalizado el proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna (BIRMM), entre el INEC y MSP (6).

5.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)

Entre las principales causas de mortalidad materna en el Ecuador se identifican tanto causas obstétricas directas como indirectas. Las causas directas abarcan las hemorragias graves, los trastornos hipertensivos del embarazo, las infecciones relacionadas con el proceso gestacional y las complicaciones derivadas de abortos. Por su parte, las causas indirectas incluyen condiciones preexistentes o enfermedades que se agravan durante el embarazo, el parto o el puerperio; en el que se evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de salud materna, con énfasis en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno (7).

Según el Censo Nacional correspondiente al año 2022, Chimborazo es la cuarta provincia con mayor porcentaje de población con auto identificación indígena, con un porcentaje de 37,9% solo por debajo de las provincias de Napo, Morona Santiago y Pastaza, lo que puede ser un factor para el incremento de la razón de muertes maternas en esta provincia, a causa de las barreras culturales.

Al analizar, las muertes maternas desde el año 2020 en la provincia de Chimborazo, se establece que la mayoría de estas mujeres residía en el área rural, lo que pudo haber incidido en el acceso a los servicios de salud, este dato se asocia al número de controles prenatales recibidos que fueron insuficientes, en promedio 3 controles prenatales, por debajo del número de controles prenatales normados en nuestro país que son 5 controles como mínimo (8).

5.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)

Los datos de la Mortalidad Neonatal en Ecuador, se ven limitados debido a los subregistros existentes sobre todo en los casos de muertes producidas en comunidad, que no son notificados ni registrados, lo que conlleva un análisis inexacto de la causalidad y limita las acciones para su prevención. No obstante, el país mantiene a la salud materna y neonatal como un eje prioritario.

Por otro lado, la provincia de Pichincha acoge un número importante de migrantes internos de lo rural a lo urbano, y migraciones externas. Así mismo al ser la capital del país, concentra hospitales de mayor complejidad, lo que puede determinar un mayor número de referencias de casos graves desde otras provincias llevando a una mayor tasa de mortalidad neonatal.

Dentro de los determinantes de la mortalidad neonatal, es esencial analizar factores clave como la edad de la madre, su nivel educativo y la frecuencia y calidad de los controles prenatales que recibe durante el embarazo. Dichos factores, desempeñan un papel crucial en la salud tanto de la madre como del recién nacido (9).

5.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)

El INEC, como ente rector y coordinador del Sistema Estadístico Nacional, proporciona anualmente la información correspondiente a las defunciones generales, lo que incluye a la mortalidad en menores de 5 años, por su parte el Ministerio de Salud Pública cuenta con información de las defunciones ocurridas en los establecimientos de salud. Por otro lado, la vigilancia de mortalidad evitable se encuentra priorizada en la mortalidad materna y neonatal, lo que delimita el análisis de mortalidad en este grupo de edad.

Desde 2006, Ecuador ha implementado diversas políticas enfocadas en mejorar la alfabetización, reducir la pobreza e incluir a grupos históricamente excluidos, como comunidades indígenas. Estas iniciativas buscan abordar factores que influyen en la mortalidad infantil, siendo la tasa de alfabetización un contribuyente predominante a esta variabilidad. En 2022, la tasa de analfabetismo se situó en 6,3%, manteniéndose elevada en provincias con mayores tasas de mortalidad infantil.

La mortalidad en menores de cinco años en Ecuador se atribuye principalmente a afecciones prenatales, malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas, influenza y neumonía,

enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas, y trastornos respiratorios perinatales (10, 11). Estas causas reflejan tendencias globales, donde las enfermedades infecciosas, el parto prematuro, la asfixia y las malformaciones congénitas son factores determinantes en la mortalidad infantil. La persistencia de estas causas en Ecuador sugiere que, a pesar de las políticas implementadas, persisten desafíos en la atención prenatal y neonatal, así como en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas (11, 12, 13).

La limitada evidencia sobre las causas de muerte en menores de cinco años en el país dificulta un análisis exhaustivo. No obstante, se ha planificado para 2025, en colaboración con organismos de cooperación, un estudio para determinar las causas de mortalidad infantil y juvenil en Ecuador. Este esfuerzo busca proporcionar datos más precisos que orienten futuras intervenciones y políticas públicas. Mientras tanto, es fundamental considerar que la mortalidad infantil no solo afecta la salud de la población, sino que también impacta negativamente en el desarrollo social y económico, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad.

5.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)

La mortalidad por suicidio es multifactorial, los determinantes de salud tanto proximales como distales son los que la generan de forma directa e indirecta. Los determinantes sociales de la salud mental no son inherentemente diferentes, pero a menudo reciben menos atención y estudio, particularmente en los niños, donde pueden tener una importancia aún mayor. Se identifica la inestabilidad económica como uno de los principales determinantes sociales (14).

Toda vez que el país no cuenta con investigaciones desarrolladas sobre las desigualdades en torno al suicidio, se han revisado estudios de otros países que evidencian factores psicosociales y socioeconómicos comunes con la realidad nacional. Entre ellos, un nivel socioeconómico bajo (15, 16, 17, 20), el desempleo (15), el nivel de educación (16), las barreras de acceso a servicios sanitarios (15), la dependencia económica de la pareja (19, 20), las habilidades de afrontamiento adaptativas (15), la violencia interpersonal, de género e intrafamiliar (19, 20), el consumo de sustancias (15, 18) y los conflictos interpersonales, de pareja y familiares (15, 16, 19) se configuran como factores de riesgo que incrementan la probabilidad de un intento de suicidio. Además, los intentos de suicidio repetidos son el mayor predictor de un suicidio consumado.

En Ecuador, la mortalidad por suicidio presenta marcadas desigualdades eco-sociales, con mayor prevalencia en provincias de altos niveles de pobreza extrema por ingreso y pobreza multidimensional. El acceso a la educación parece ser un factor determinante, ya que el 81,27 % de las muertes por suicidio corresponden a personas con educación básica o media, lo que sugiere una posible relación entre menor escolaridad y mayor vulnerabilidad. Asimismo, factores como el rendimiento académico y el acoso escolar pueden incidir en la salud mental de los jóvenes, incrementando su riesgo de autolesiones y suicidio. La franja etaria más afectada es de 15 a 34 años, etapa en la que los desafíos educativos, laborales y familiares podrían generar altos niveles de estrés y ansiedad.

Las desigualdades en la mortalidad por suicidio también estarían relacionadas con dificultades en el acceso a los servicios de salud, especialmente para grupos étnicos minoritarios. La ubicación geográfica, las limitaciones económicas, culturales y lingüísticas, así como la desconfianza en el sistema de salud, pueden constituir barreras que dificultan la atención y prevención. Aunque los

mestizos concentran el mayor número de muertes, la falta de datos desagregados impide un análisis preciso del impacto en poblaciones indígenas y afro ecuatorianas.

6. Acciones realizadas por el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano

En el marco del ODS 3, Ecuador ha implementado acciones con el fin de alcanzar el cumplimiento de este objetivo. Entre las acciones principales se encuentran, el fortalecimiento de estrategias y programas para la erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) y mortalidad materna; promoción de la salud sexual y reproductiva, asistencia a población en situación de movilidad humana; implementación progresiva de la iniciativa HEARTS; tamizaje para detección de Virus del Papiloma Humano (VPH); actualización del Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para garantizar tratamiento oportuno e ininterrumpido; aplicación de 18 vacunas dentro del esquema regular de vacunación; repotenciaciones, adecentamientos y mantenimientos de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; establecimiento de un marco legislativo para salud mental, así como también el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica mediante la implementación del lineamiento de vigilancia de intentos suicidas (21).

6.1. Razón de mortalidad materna (ODS 3.1.1)

El Ministerio de Salud ha trabajado en el desarrollo de normativas y políticas públicas que aterrizan en protocolos internos en pro de la atención materna y de seguridad del paciente e instrumentos como la Historia Clínica Materna Perinatal (23) (24) (25), implementación de estrategias como Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) y NEAR MISS (33 hospitales en el Ministerio de Salud Pública). Así como, la conformación del Comité Interinstitucional de Salud Materno Neonatal y acciones para el fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario a través de capacitaciones en normativas emitidas, talleres teóricos prácticos de Score MAMÁ y Claves Obstétricas.

Como parte de la aplicación del paquete priorizado para gestantes, se incluyen prestaciones de control prenatal mensual, suplementación, planificación de parto y postparto, exámenes de laboratorio, tamizajes y sesiones de educación prenatal, y consejería en educación.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS-FC), realizan una identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar y comunitario, ejecutando estrategias de prevención y promoción de la salud, entre ellos la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), mediante la cual se realizaron capacitaciones a gestantes que no han accedido al Sistema Nacional de Salud, y con apoyo del UNFPA, se llevó a cabo una evaluación rápida de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en 4 provincias del país para fortalecer la atención materna.

Dentro de este marco, se implementó el 'Manual de Notificación, auditoría de la calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna' en el año 2019, con el cual se han realizado auditorías de calidad de la atención en salud en los casos de muerte materna, que consisten en un análisis causal que reconstruye los hechos y circunstancias que rodearon a la gestante hasta que se produjo la muerte, con la finalidad de evitar que se produzcan más muertes maternas por las mismas causas.

La publicación del Manual de Articulación de Prácticas y Saberes representó un hito trascendental en la convergencia de la medicina ancestral y occidental, enfocándose en el bienestar integral de las mujeres y sus familias. Este esfuerzo se complementó con la capacitación y sensibilización del personal de salud en torno a la implementación del parto en libre posición; respetando la interculturalidad y garantizando un entorno seguro y acorde con las preferencias culturales de las mujeres alrededor del país. Además, equiparon y adecuaron las salas de parto; mejorando significativamente la calidad del servicio y el acceso de las mujeres, especialmente para aquellas pertenecientes a pueblos y nacionalidades.

6.2. Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.2)

En 2022 se autorizó las “Disposiciones técnicas para la Auditoría de la Calidad de la atención en caso de muerte neonatal”, con base en lo cual se realizaron 225 auditorías y se identificó al síndrome de dificultad respiratoria como principal causa de decesos. De tal forma, los informes recomendaron que se debe reforzar el seguimiento prenatal desde el primer nivel de atención para prevenir complicaciones como preclamsia e hipertensión.

Por otro lado, se implementa el paquete priorizado en gestantes, niños y niñas menores de 24 meses, se han fortalecido los Bancos de Leche Humana en hospitales como apoyo a la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), y se implementaron programas como ESAMyN y Atención Madre Canguro (AMC), contando con 28 hospitales del Ministerio de Salud Pública que aplican AMC para neonatos prematuros o con bajo peso.

En este marco, se han implementado planes de capacitación y visitas técnicas sobre los procesos del Tamizaje Metabólico Neonatal, respecto a la toma de muestra, malas tomas, manejo del sistema y seguimiento de casos, con el objetivo de reducir malas tomas e incrementar la cobertura de la prestación. Cabe indicar que, el Tamizaje Metabólico Neonatal representa una de las estrategias de salud pública más efectivas en todo el mundo y en Ecuador, acorde con las políticas de estado y los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública, al implementar acciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Estas acciones aportan sustancialmente a reducir gastos directos e indirectos de estas enfermedades a los pacientes, sus familias y el sistema sanitario.

6.3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (ODS 3.2.1)

Con el objetivo de prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil desde un enfoque integral, Ecuador ha implementado, desde 2020, diversas acciones de promoción y prevención dirigidas a proteger la salud de gestantes y de niños y niñas menores de 24 meses. Estas acciones se centran en la aplicación de un paquete priorizado que incluye control prenatal, control del niño sano, vacunación y consejería, con el fin de garantizar un desarrollo saludable desde las primeras etapas de la vida.

Para fortalecer estas iniciativas, se han llevado a cabo acciones extramurales a través de nutricionistas comunitarios, contratados mediante presupuesto de inversión y presupuesto por resultados. Estas estrategias han permitido incrementar significativamente los porcentajes de identificación, captación y seguimiento de niños, en el que se ha incrementado la cobertura.

Además, se ha priorizado la contratación y continuidad de profesionales de la salud en las unidades del primer nivel de atención, asegurando una atención sostenida y de calidad para las poblaciones más vulnerables.

6.4. Tasa de mortalidad por suicidio (ODS 3.4.2)

En el ámbito de la promoción de salud mental, se implementa el Manual de Cuidadores Comunitarios para la Prevención de Suicidio, es así que, en el año 2024 se han conformado a nivel nacional 21 redes comunitarias, a las que se encuentran vinculados los 189 cuidadores; para fortalecer los servicios. Todos los hospitales a nivel nacional (136) prestan atención de salud mental a través de los servicios de psicología y psiquiatría y 102 establecimientos hospitalarios cuentan con unidad de salud mental hospitalaria.

Ecuador también cuenta con la línea gratuita de atención psicológica atendida por profesionales de salud mental (171-opción6). Adicionalmente, se ha llevado a cabo el fortalecimiento de capacidades a 1868 Técnicos en Atención Primaria de Salud para el abordaje de la salud mental en la comunidad y para mejorar la calidad del registro, se ha capacitado a profesionales de salud mental en el registro de codificación CIE10 sobre el comportamiento suicida.

Finalmente, se ha aprobado la 'Ley Orgánica de Salud Mental' y se encuentra en revisión la 'Política Nacional de Salud Mental, las cuales marcan un paso importante para la intervención, especialmente enfocada en la prevención.

7. Conclusiones

Las desigualdades en salud en Ecuador persisten, afectando con mayor intensidad a las poblaciones en situación de pobreza y mayor vulnerabilidad. La pandemia de la COVID-19 agravó estas brechas, evidenciando deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de salud, incrementando especialmente la mortalidad materna.

Los indicadores de salud priorizados mostraron importantes diferencias entre provincias, lo que resalta la importancia de estrategias de priorización y adaptación a las realidades locales:

- La mortalidad materna en Ecuador ha disminuido en la última década, con una variación de 6,07 puntos porcentuales entre 2013 a 2022. Las provincias que registraron una mayor razón de mortalidad durante el periodo 2018-2022 fueron Chimborazo, Pastaza y Bolívar. Entre los principales determinantes de la mortalidad materna se encuentra: el complejo acceso a servicios básicos, las barreras geográficas y culturales, por lo cual las provincias socialmente más desaventajadas se encuentran más afectadas.
- La mortalidad neonatal en el país evidencia resultados negativos en términos de su incremento. De tal forma, en la última década, se registra un incremento neto de 1,09 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos (2013-2022). Así, las provincias de Cotopaxi, El Oro, Sucumbíos, Pichincha y Guayas son las que cuentan con las tasas más altas, respecto de las otras provincias. Los resultados reflejan que las provincias más aventajadas cuentan con una mayor tasa de mortalidad, lo cual puede deberse a subregistros, sobre todo en los casos de muertes producidas en comunidades, que no han sido notificadas ni registradas.

- La mortalidad en menores de 5 años ha fluctuado entre los años 2018 a 2022, con un aumento en el último año de análisis. Si bien la tasa de mortalidad presenta una ligera tendencia decreciente en la mayoría de provincias, lo que podría sugerir mejoras en el acceso a los servicios y su calidad, existen provincias (Cotopaxi, Morona Santiago, Bolívar y Chimborazo), donde esta tasa muestra un incremento, lo que resalta la necesidad de fortalecer la atención neonatal y pediátrica.
- La mortalidad por suicidio en Ecuador ha aumentado un 2,13% en la última década, concentrándose en provincias con mayor pobreza y reflejando la influencia de determinantes sociales en la salud mental. Factores como acceso limitado a educación, violencia intrafamiliar, desempleo y barreras en servicios de salud mental agravan esta problemática, afectando principalmente a jóvenes de 15 a 34 años y poblaciones en situación de pobreza.

Por otro lado, la calidad de los datos es fundamental para la toma de decisiones, por lo que deben ser confiables, íntegros y accesibles. En este ejercicio, se identificaron potenciales problemas de calidad de los registros de los datos utilizados, lo que subraya la necesidad de abordar estas deficiencias y mejorar la fiabilidad de la información recopilada.

Reducir estas desigualdades requiere un enfoque integral que trascienda el sector sanitario, articulando acciones con economía, educación, protección social y vivienda, como mínimo. La pobreza extrema y la falta de acceso a servicios básicos siguen siendo determinantes clave, lo que hace imprescindible fortalecer el primer nivel de atención y desarrollar políticas de protección social efectivas.

8. Recomendaciones

Generar datos confiables para toma de decisiones efectivas

- Diseñar e institucionalizar una política nacional de gobernanza de datos en salud, que responda a los desafíos de la transformación digital y garantice la calidad, fiabilidad, integridad, accesibilidad, interoperabilidad y seguridad de la información en todos los niveles del sistema.
- Fortalecer y ampliar los sistemas de vigilancia epidemiológica y de alerta temprana, incorporando tanto eventos de notificación obligatoria como otros eventos sensibles a las inequidades, como las muertes maternas en zonas rurales, de difícil acceso o población históricamente excluida, con énfasis en la mejora del registro y notificación de eventos críticos, claves para la toma de decisiones informadas y oportunas.

Territorializar la acción en salud con un enfoque de equidad

- Promover políticas de salud pública con los enfoques territorial y de equidad, priorizando acciones en salud materno-infantil, inmunización, vigilancia epidemiológica, salud mental y acceso a servicios en poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Diseñar e implementar estrategias de salud focalizadas y adaptadas a las realidades locales, utilizando análisis espacial y temporal para optimizar la asignación de recursos y garantizar que las políticas de equidad en salud respondan a las necesidades territoriales.

Gobernanza intersectorial para reducir desigualdades en salud

- Establecer mecanismos de articulación intersectorial y multinivel que integre salud, educación, protección social, ambiente, agricultura, economía y vivienda, para el monitoreo de desigualdades en salud.
- Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud Pública, no solo como proveedor de servicios, sino como líder en el diseño e implementación de políticas diferenciadas por territorio, basadas en evidencia y orientadas a reducir inequidades.
- Establecer un mecanismo de institucionalización para la equidad en salud que articule con actores dentro y fuera del sector el abordaje integral de las desigualdades en salud.
- Establecer un observatorio intersectorial de desigualdades en salud, que permita el monitoreo y evaluación de las brechas y políticas públicas vinculadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

9. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C; 2016.
2. Taller Andino de Intercambio de Experiencias en Monitoreo de Desigualdades en Salud; Santa Cruz, Bolivia 2023
3. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición Especial. Naciones Unidas: 2023. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
4. Secretaría Nacional de Planificación. Objetivos de Desarrollo Sostenible Ecuador: 17 ODS en Ecuador. 2025. Disponible en: <https://www.odsecuador.ec/?p=324>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Resultados Principales Nacionales Censo 2022. Quito; 2022. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2023/09/InfoNacionalDatos.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020. Informe económico para motivar un posible porcentaje de descuento en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Coordinación General de Desarrollo Estratégico- Dirección Nacional de Economía de la Salud
7. Villacis, S. I. C., Pérez, R. A., Velásquez, M. G., Fernández, R. E. A., Valdés, M. Á. S., & Posada, M. E. A. (2020). Logros y desafíos para enfrentar la mortalidad materna en Ecuador, 2014–2018. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(3).
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2023. Quito; 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Metodologia_EDG_2023.pdf
9. Ministerio de Salud Pública, Gacetas epidemiológicas. Muerte Materna. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/mortalidad-materna-y-neonatal/>
10. Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., Mendoza Tascón, L. I., Arias Guatibonza, M. D., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342.
11. UNICEF Ecuador. Informe anual 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/13846/file>
12. Universidad de Las Américas. Análisis de las principales causas de mortalidad infantil en Ecuador entre 2004 y 2017. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/566>
13. Organización Panamericana de la Salud. Tendencias alentadoras y desafíos persistentes: Análisis de la mortalidad en menores de 5 años y perspectivas en América Latina y el Caribe.
14. UNICEF. Mortalidad infantil. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/mortalidad-infantil>
15. Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad en la niñez. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
16. Cotton, N. K., Shim R. S. (2021). Social Determinants of Health, Structural Racism, and the Impact on Child and Adolescent Mental Health
17. J.R. Gueler, et al., Exploratory analysis of long-term physical and mental health morbidity and mortality: Acomparision of individuals withself-inflictedversusnon-self-inflicted burn injuries, *Burns* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.09.003>
18. M. George et al., Intentional injury among the indigenous and total populations in British Columbia, Canada: trends over time and ecological analyses of risk. *International Journal for Equity in Health* (2017) 16:141 DOI 10.1186/s12939-017-0629-4
19. A. Ahmadi, et al., Familial Risk Factors for Self-Immolation: A Case-Control Study. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, Volume 18, Number 7, 2009 DOI: 10.1089=jwh.2008.1192

20. R. Santis, et al., Intentos de suicidio y heridas auto-inferidas: 12 meses de seguimiento de conductas de riesgo de consumidores de cocaína no consultantes de servicios de rehabilitación. *Rev Med Chile* 2016; 144: 526-533
21. Lama BB, et al. Intentional burns in Nepal: A comparative study. *Burns* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2015.01.006>
22. K. Engström, F. Diderichsen, L. Laflamme. Parental Social Determinants of Risk for Intentional Injury: A Cross-Sectional Study of Swedish Adolescents. *Research and Practice. American Journal of Public Health* | April 2004, Vol 94, No. 4.
23. Secretaría Nacional de Planificación. Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 – Ecuador. 2025. Disponible en: <https://www.odsecuador.ec/?p=500>
24. Consejo Nacional para la Igualdad de Género, Principales Causas de Muerte Materna, encontrado en <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/PRINCIPALES-CAUSAS-DE-MUERTE-MATERNA.pdf>
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna, Acuerdo Ministerial 00068-2019, MSP 2021 P. 1-50
26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno-Neonatal, Acuerdo Ministerial 0000000474-2018, MSP 2008 P. 1-76
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma Técnica para la certificación como Amigos de la Madre y del Niño, ESAMyN, Acuerdo Ministerial 00030-2021, MSP 2021 P. 1-96

10. Anexos

Nota: Las matrices para el análisis exploratorio de desigualdades en salud correspondientes a mortalidad materna, mortalidad neonatal, mortalidad en menores de 5 años y mortalidad por suicidio, además de las fichas técnicas para el cálculo de los indicadores, se encuentran en el siguiente enlace:

<https://drive.google.com/drive/folders/1fHcRrF0WRiWSXO2hLbxJSU3ghKQ6Jimp?usp=sharing>

Anexo 1 Metodología de los indicadores de salud

Indicador	Fórmula	Definición Indicador	Fuentes de Información	Periodicidad	Limitaciones
Razón de mortalidad materna	$RMM = \frac{MM}{PNV} * 100.000$ RMM= Razón de mortalidad Materna MM= Número de muertes ocurridas en el embarazo o dentro de los 42 días siguientes del embarazo PNV= Proyección Nacidos Vivos	Número de defunciones maternas ocurridas durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, en un periodo determinado dividido para la proyección de nacidos vivos por 100.000.	1. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2. Proyecciones de Nacimientos (Base Censo de Población y Vivienda INEC, 2022)	Anual	Subregistro en las defunciones del año (t) por registros tardíos, por lo que se realiza el ajuste (t+1)
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	$TMN = \frac{MN}{PNV} * 1.000$ TMM= Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años MN= Número de muertes de niños menores de 5 años. PNV= Proyección Nacidos Vivos	Número de muertes de niños menores de 5 años dividido para la proyección de nacidos vivos por 1.000 nacidos vivos	1. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2. Proyecciones de Nacimientos (Base Censo de Población y Vivienda INEC, 2022)	Anual	Subregistro en las defunciones del año (t) por registros tardíos, por lo que se realiza el ajuste (t+1)
Tasa de mortalidad neonatal	$TMNN = \frac{MNN}{PNV} * 1.000$ TMNN= Tasa de mortalidad neonatal MNN= Número de muertes neonatales PNV= Proyección de nacidos vivos	Número de recién nacidos vivos que mueren el primer mes de vida, en relación a la cantidad de nacidos vivos por 1.000 nacidos vivos.	1. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2. Proyecciones de Nacimientos (Base Censo de Población y Vivienda INEC, 2022)	Anual	Subregistro en las defunciones del año (t) por registros tardíos, por lo que se realiza el ajuste (t+1)
Tasa de mortalidad por suicidio	$TMS = \frac{MS}{PP} * 100.000$ TMS= Tasa de mortalidad por suicidio. MS= Número de muertes por causa de suicidio PP= Población proyectada	Número de muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en un determinado período.	1. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2. Proyecciones de Nacimientos (Base Censo de Población y Vivienda INEC, 2022)	Anual	Subregistro en las defunciones del año (t) por registros tardíos, por lo que se realiza el ajuste (t+1)

Anexo 2 Metodología de los indicadores socioeconómicos (estratificadores)

Indicador	Fórmula	Definición Indicador	Fuentes de Información/Periodicidad	Observaciones
Incidencia de pobreza por ingreso	$IPY = \frac{PYILP}{Pob} * 100$ IPY= Incidencia de pobreza por ingresos. PYILP= Total de personas con ingresos inferiores a la línea de pobreza Pob= Población Total	Total de personas cuyo ingreso per cápita es inferior al valor de la línea de pobreza, expresado como porcentaje de la población total, en un período determinado.	1. Encuesta de Condiciones de Vida. - Para determinar la línea extrema de pobreza, metodología 2006. 2. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo, Subempleo (ENEMDU anual).- Para determinar el	La ENEMDU anual tiene como dominios de diseño y representatividad Nacional, Urbano-Rural, 5 ciudades principales (Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato) y 24

Indicador	Fórmula	Definición Indicador	Fuentes de Información/Periodicidad	Observaciones
Incidencia de pobreza extrema por ingreso	$IPEY = \frac{PYILPE}{Pob} * 100$ IPEY= Incidencia de pobreza extrema por ingresos. PYILPE= Total de personas con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema Pob= Población Total	Total de personas cuyo ingreso per cápita es inferior al valor de la línea de pobreza extrema, expresado como porcentaje de la población total, en un período determinado.	Ingreso por Persona/Añual	provincias del Ecuador.
Tasa de pobreza por necesidad es básicas insatisfechas	$NBI = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n P_{ji}$ NBI: Tasa de pobreza por necesidades básicas insatisfechas n: Número total de personas m: Número total de hogares P_{ji} : Persona que pertenece al hogar j, con j=1 a n, que presentan una carencia i, con i=1 a 5	Proporción de personas que pertenecen a un hogar con carencias en la satisfacción de al menos una de sus necesidades básicas representadas en cinco componentes: i) calidad de la vivienda, ii) hacinamiento, iii) acceso a servicios básicos, iv) acceso a educación y v) capacidad económica	1. Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) (Base de Personas y de Vivienda)/Añual	Cualquier hogar que presente más de una carencia es considerado pobre. En 2018 y 2019, la encuesta puntual de diciembre perdió la representatividad provincial, manteniendo la representatividad nacional, por área (urbana y rural) y por las 5 ciudades auto-representadas. A partir del 2020, la encuesta puntual de diciembre perdió la representatividad geográfica por las 5 ciudades auto-representadas, manteniendo solamente la representatividad nacional y por área (urbana y rural).
Tasa de pobreza multidimensional (TPM)	$PPM_t = \frac{PPM_t}{TP_t} * 100$ PPM_t = Porcentaje de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza, en todas sus dimensiones, en un periodo t determinado. PPM_t = Personas que viven en hogares que tienen privaciones en una tercera parte o más (K >= 33.3%) de los indicadores ponderados, en un periodo t determinado. TP_t = Total de personas, en un periodo t determinado.	La TPM corresponde al porcentaje de personas que viven en hogares que tienen privaciones en una tercera parte o más de los indicadores ponderados (K >= 33.3%). Así, identifica privaciones simultáneas que enfrentan las personas en el goce de los derechos del Buen Vivir y el bienestar de la población. Para ello, se toman en cuenta 4 dimensiones, con una representación del 25% cada uno: (educación; trabajo y seguridad social; salud, agua y alimentación social; hábitat, vivienda y ambiente sano).	1. Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) /Añual Se toman en cuenta los siguientes indicadores: Educación (Peso 25%): *Inasistencia educación básica y bachillerato (5-17 años) (Peso: 8,3%). *No acceso a educación superior por razones económicas (18-29 años) (Peso: 8,3%). *Logro educativo incompleto (18-64 años) (Peso: 8,3%). Trabajo y Seguridad Social (Peso 25%): *No contribución al sistema de pensiones (15 años o más) (Peso 8,3%). *Empleo Infantil y Adolescente (5-17 años) (Peso 8,3%). *Desempleo o empleo inadecuado (18 años o más) (Peso 8,3%) Salud, agua y alimentación social (Peso 25%, toda la población): *Sin servicio de agua por red pública (Peso 12,5%). *Pobreza extrema por ingresos (Peso 12,5%). Hábitat, vivienda y ambiente sano (Peso 25%, toda la población): *Hacinamiento (Peso 6,25%)	Las encuestas de hogares se llevan a cabo sólo con el informante calificado. En 2018 y 2019, la encuesta puntual de diciembre perdió su representatividad provincial, manteniendo la representatividad nacional, por área (urbana y rural) y por las 5 ciudades auto-representadas. A partir del 2020, la encuesta puntual de diciembre perdió su representatividad geográfica por las 5 ciudades auto-representadas, manteniendo solamente la representatividad nacional y por área (urbana y rural).

Indicador	Fórmula	Definición Indicador	Fuentes de Información/Periodicidad	Observaciones
			*Déficit poblacional (Peso 6,25%) *Sin servicio de saneamiento de excretas (Peso 6,25%) *Sin servicio de recolección de basura (Peso 6,25%)	

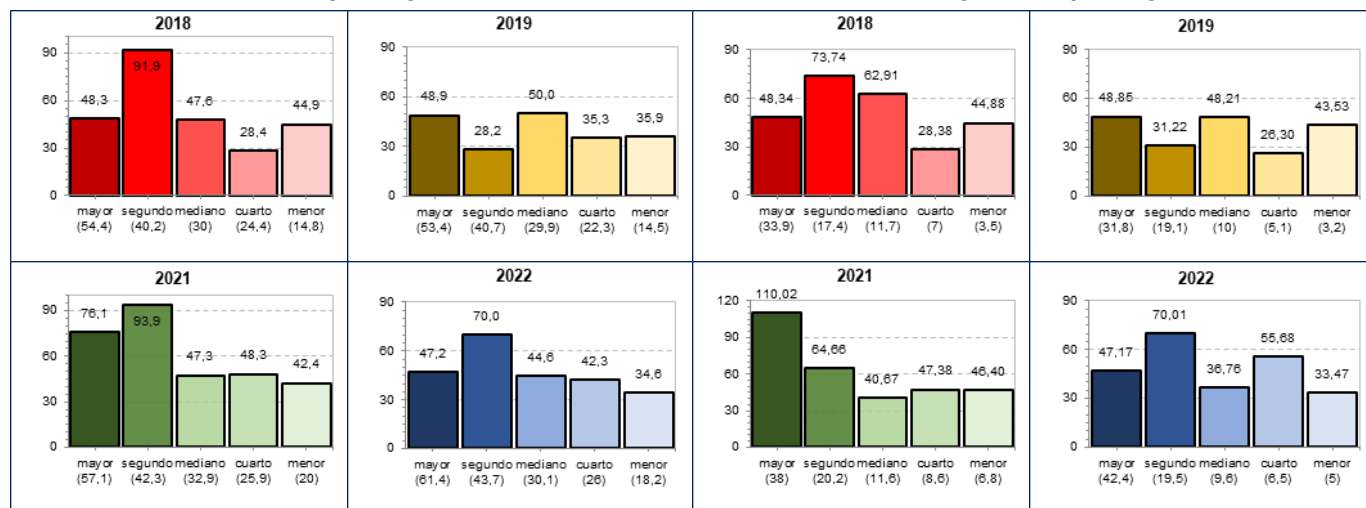
Nota: (*La línea de pobreza y de extrema pobreza, desde junio del 2006, es una actualización mediante el IPC de la línea oficial calculada a partir de la encuesta de condiciones de vida - 5ª ronda ECV2.

Anexo 3 Metodología de las métricas de desigualdad

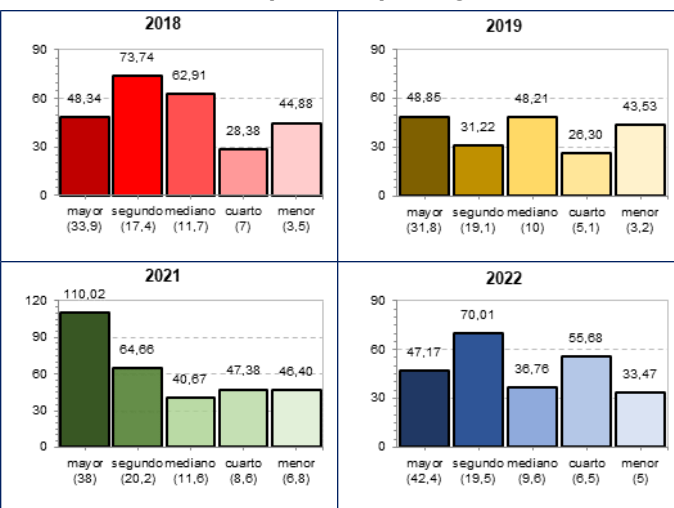
Métricas Simples	Métricas Complejas
Definición: Comparaciones de la desigualdad por pares.	Definición: Número único que expresa la desigualdad en cantidad entre todos los subgrupos de una población.
Brecha Absoluta: Magnitud de la diferencia en salud entre dos grupos.	Índice de Desigualdad de la Pendiente: Interpretación directa que tiene la misma unidad de medida que el indicador de salud.
Brecha Relativa: Valor promedio de un indicador de salud en un grupo dividido por el valor promedio de ese indicador de salud en otro grupo. Diferencias proporcionales en salud entre grupos.	Índice de Concentración en Salud: Grado de concentración entre los más desaventajados o los más aventajados. Tiene un valor positivo cuando se concentra en los aventajados y un valor negativo en los desaventajados.

Anexo 4 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad materna (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales provinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022

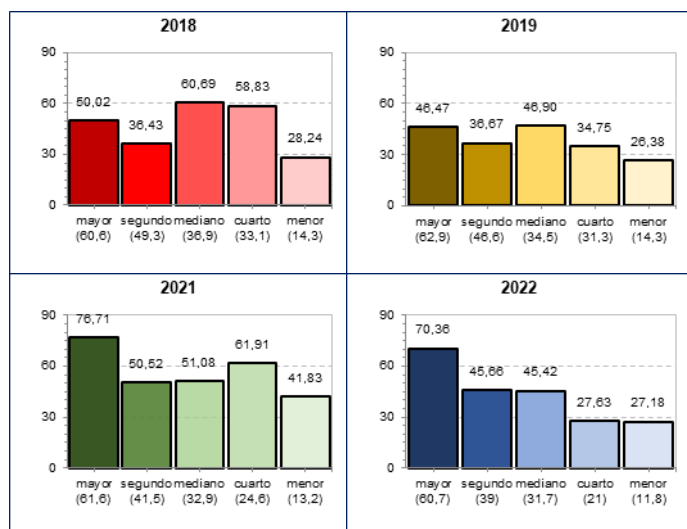
Pobreza por ingreso



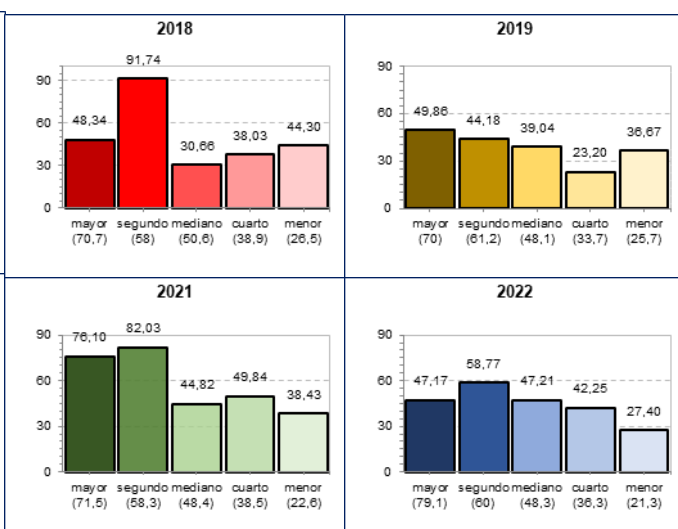
Extrema pobreza por ingreso



Necesidades básicas insatisfechas



Pobreza multidimensional

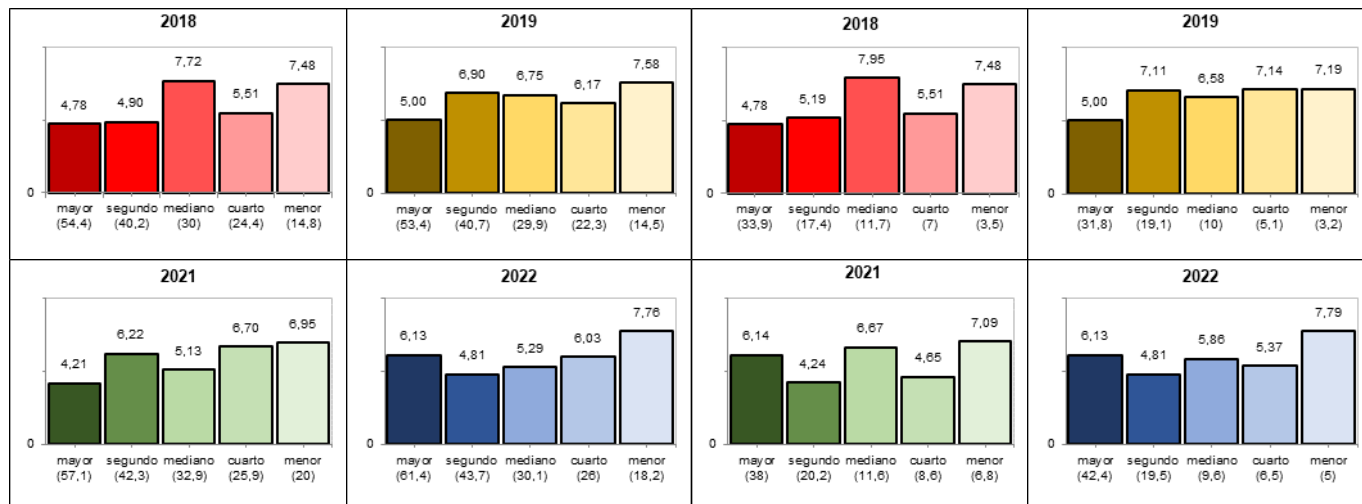


Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Anexo 5 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad neonatal (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales interprovinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022

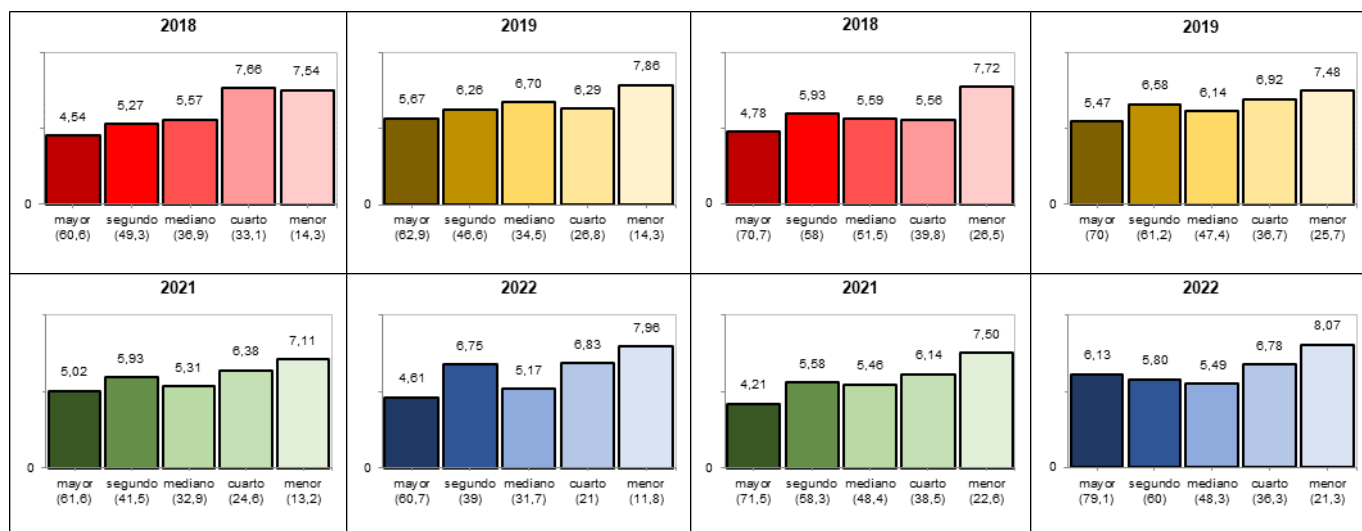
Pobreza por ingreso

Extrema pobreza por ingreso



Necesidades básicas insatisfechas

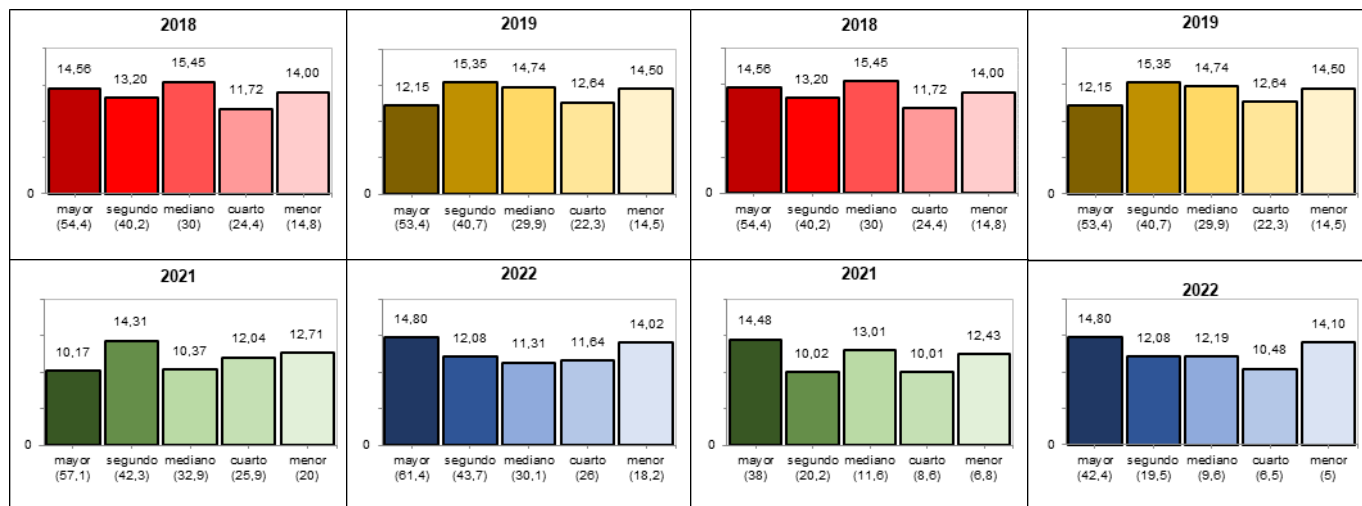
Pobreza multidimensional



Anexo 6 Evolución de las desigualdades eco sociales en mortalidad en menores de 5 años (ODS 3.1.1) según estratificadores sociales interprovinciales y métricas-resumen de desigualdades; 2018-2022

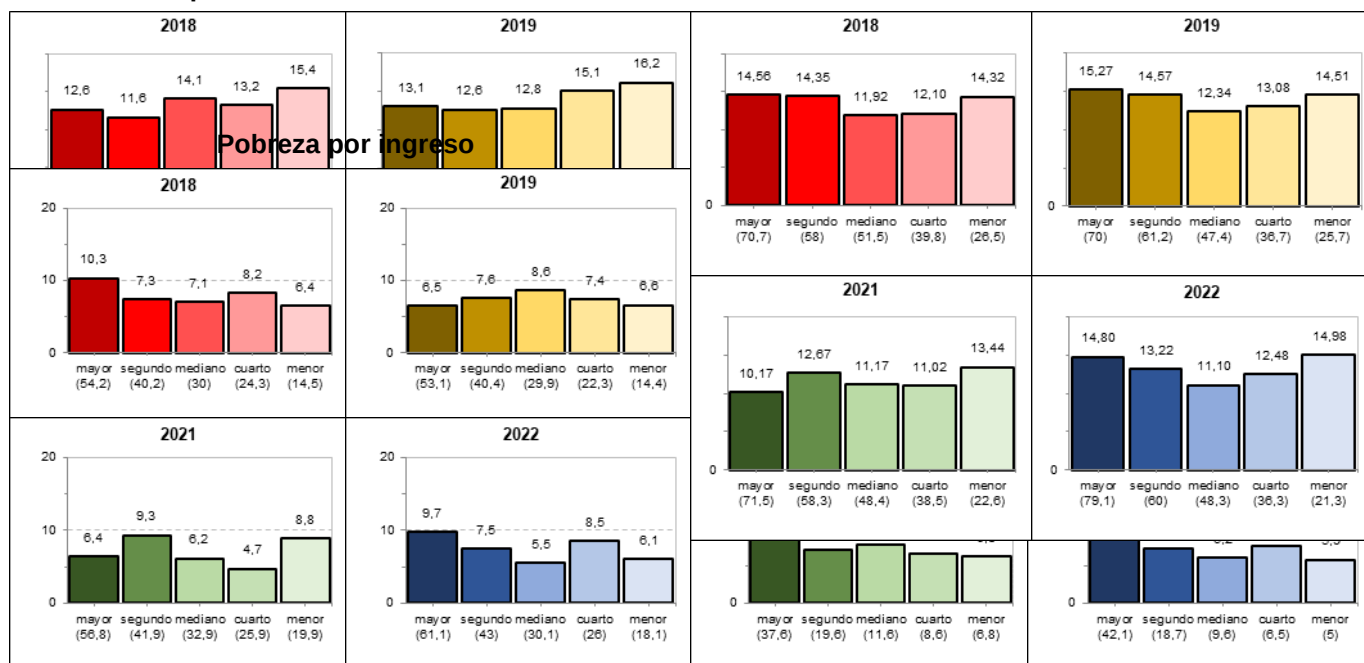
Pobreza por ingreso

Extrema pobreza por ingreso



Elaboración de las Necesidades Básicas Insatisfechas del Ecuador.

Pobreza multidimensional



Necesidades básicas insatisfechas

Pobreza

