Consejo de Protección de Derechos
del Distrito Metropolitano de Quito

Estudio de caracterización de niñas, niños y adolescentes en el Distrito Metropolitano de Quito

Análisis estadístico sociodemográfico

Agosto 2026



Este documento fue elaborado por la Unidad de Investigación, Gestión del Conocimiento y Producción Metodológica de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ). Su elaboración responde a la competencia del CPD-DMQ de formular políticas públicas, lineamientos y contenidos orientados a promover la igualdad y prevenir la discriminación, así como a fortalecer la generación de evidencia para la toma de decisiones.

Esta publicación es de acceso y uso público. Se autoriza su consulta, difusión y cita, siempre que se reconozca la fuente correspondiente.

Cita sugerida:

Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito. (2026). Estudio de caracterización de niñas, niños y adolescentes en el Distrito Metropolitano de Quito.

Tabla de contenido

SIGLAS Y ACRÓNIMOS **8**

INTRODUCCIÓN **10**

1. MARCO NORMATIVO DE LOS NNA **12**

1.1. Internacional 12
1.2. Nacional 13
1.3. Local 15

2. METODOLOGÍA **17**

2.1. Diseño del estudio 17
2.2. Población objetivo y unidades de análisis 17
2.3. Ámbito territorial 18
2.4. Periodo de análisis 18
2.5. Fuentes de información 18
2.6. Procesamiento, cálculo y comparación de datos 20
2.7. Limitaciones 20

3. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL DMQ: CUÁNTOS SON, DÓNDE ESTÁN Y CÓMO SE DISTRIBUYEN **21**

3.1. Tamaño de la población 21
3.2. Estructura por sexo y edad 23
3.3. Distribución territorial de la niñez y adolescencia 25
3.4. Autoidentificación de los NNA 27
3.5. Dificultades funcionales y discapacidad 29
3.5.1. Dificultades funcionales 29
3.5.2. Discapacidad 31
3.6. Niñez en movilidad humana 34
3.6.1. Lugar de nacimiento 34
3.6.2. Movilidad reciente 35
3.7. Con quién viven: hogares y cuidado entre generaciones 37
3.7.1. Hogares con NNA 37
3.7.2. Composición familiar de los NNA 39
3.8. Vivienda 41
3.8.1. Tenencia y calidad de la vivienda 41
3.8.2. Hacinamiento 43
3.8.3. Servicios y equipamiento 45
3.9. Pobreza en la niñez y adolescencia 47
3.10. Proyecciones y tendencias demográficas 47

4. SALUD, NUTRICIÓN Y CONDICIONES DE VIDA **49**

4.1. Crecer con salud: atención, prevención y nutrición 49
4.1.1. Consulta externa 49
4.1.2. Egresos hospitalarios 55
4.2. Vacunación 60
4.2.1. Cuántas dosis se registraron y cómo evolucionaron 60
4.2.2. En qué edades se concentra la vacunación 63

4.2.3. Continuidad entre dosis iniciales y finales ... 64
4.2.4. Quién vacuna y dónde se concentran las aplicaciones ... 66
4.3. Estado nutricional de la primera infancia ... 67
4.4. Embarazo adolescente ... 70
4.4.1. Panorama general ... 70
4.4.2. Construcción de indicadores ... 71
4.4.3. La importancia de medir la edad al inicio de la gestación ... 73
4.4.4. Distribución territorial del embarazo adolescente ... 74
4.4.5. Condiciones registradas al nacimiento ... 75
4.4.6. Defunciones fetales ... 76
4.4.7. Perfil de las madres adolescentes ... 76
4.5. Mortalidad ... 77
4.5.1. Los primeros años de vida ... 78
4.5.2. Una mayor diversidad de causas durante la edad escolar ... 79
4.5.3. Salud mental, accidentes y violencia durante la adolescencia ... 81

5. EDUCACIÓN EN EL DMQ: ACCESO, PERMANENCIA Y CONDICIONES ... 85

5.1. Matrícula ... 85
5.2. Diversidad cultural en el sistema educativo ... 88
5.3. Docentes ... 90
5.4. No promoción y abandono escolar ... 91
5.5. Áreas prioritarias de acción institucional ... 92

6. USUARIOS Y UNIDADES DE INCLUSIÓN SOCIAL DEL MTDH ... 94

6.1. Panorama general de la oferta en el DMQ ... 94
6.2. Magnitud y estructura demográfica de los NNA atendidos ... 94
6.3. Oferta por servicio y modalidad ... 95
6.3.1. Desarrollo infantil integral ... 97
6.3.2. Protección especial ... 98
6.3.3. Discapacidad ... 99
6.4. Distribución territorial ... 99

7. ADOPCIONES ... 100

7.1. Evolución de las adopciones en el DMQ ... 100
7.2. Adopciones nacionales e internacionales ... 101
7.3. Prevalencia del DMQ en el total del país ... 102

8. VIOLENCIA, PROTECCIÓN Y ACCESO A LA JUSTICIA ... 103

8.1. Desapariciones de niñas, niños y adolescentes ... 103
8.1.1. Evolución de las desapariciones ... 103
8.1.2. Desapariciones desagregadas por sexo ... 104
8.1.3. Estado de los casos y circunstancias registradas ... 105
8.2. Adolescentes detenidos o aprehendidos ... 107
8.2.1. Diferencias entre detención y aprehensión ... 107
8.2.2. Evolución anual de las detenciones y aprehensiones ... 108
8.3. Violencia letal contra niñas, niños y adolescentes ... 109
8.3.1. Homicidios intencionales registrados por el Ministerio del Interior ... 109
8.3.2. Distribución por sexo y edad de las víctimas ... 110

8.3.3. Homicidio, asesinato y femicidio 111
8.3.4. Distribución territorial y lugares de ocurrencia de los homicidios 112

CONCLUSIONES **114**

CUADRO DE RESPONSABILIDAD **116**

REFERENCIAS **117**

ANEXOS **121**

Índice de figuras

Figura 1 Marco normativo internacional 13
Figura 2 Estructura del marco normativo nacional 14
Figura 3 Marco normativo nacional 15
Figura 4 Población de NNA y su proporción dentro de la población total del Ecuador, 1990 a 2022 21
Figura 5 Población de NNA y su proporción dentro de la población total del DMQ, 1990 a 2022 22
Figura 6 Estructura por sexo de los NNA del DMQ, 2022 23
Figura 7 Estructura por edades de los NNA del DMQ, 2022 24
Figura 8 Estructura por sexo y edad de los NNA del DMQ, 2022 24
Figura 9 Distribución porcentual de los NNA por parroquia del DMQ, 2022 25
Figura 10 Distribución de los NNA por área de residencia del DMQ, 2022 27
Figura 11 Distribución por autoidentificación étnica de los NNA del Ecuador y el DMQ, 2022 28
Figura 12 Dificultades funcionales permanentes en los NNA de 5 años o más del DMQ, 2022 30
Figura 13 Tipo de dificultades funcionales permanentes en los NNA de 5 años o más del DMQ, 2022 31
Figura 14 Personas de 13 a 18 años registradas en el Registro Nacional de Discapacidades en el DMQ según sexo, 2023 32
Figura 15 Tipo de discapacidad de las personas de 13 a 18 años registradas en el Registro Nacional de Discapacidades en el DMQ, 2023 33
Figura 16 Lugar de nacimiento de los NNA que residen en el DMQ, 2022 35
Figura 17 Movilidad territorial reciente de los NNA residentes en el DMQ, 2022 36
Figura 18 Hogares con NNA por administración zonal en el DMQ, 2022 39
Figura 19 Composición de los hogares con NNA según tipología del hogar y estructura parental identificable en el DMQ, 2022 40
Figura 20 Condiciones de la vivienda donde crecen los NNA del DMQ, 2022 43
Figura 21 Hacinamiento en hogares con NNA en el DMQ, 2022 44
Figura 22 Brecha de servicios básicos en hogares con NNA del DMQ, 2022 46
Figura 23 Pirámide poblacional del DMQ, 2026 y 2035 (proyecciones) 48
Figura 24 Diez principales causas de consulta externa en niñas y niños de 0 a 5 años del DMQ de acuerdo con el sexo, 2024 50
Figura 25 Diez principales causas de consulta externa en niñas y niños de 6 a 11 años del DMQ, de acuerdo con el sexo, 2024 52
Figura 26 Diez principales causas de consulta externa en adolescentes de 12 a 17 años del DMQ, según sexo, 2024 54
Figura 27 Diez principales causas de egreso hospitalario en niñas y niños de 0 a 5 años del DMQ, según sexo, 2024 56
Figura 28 Diez principales causas de egreso hospitalario en niñas y niños de 6 a 11 años del DMQ, según sexo, 2024 58
Figura 29 Diez principales causas de egreso hospitalario en adolescentes de 12 a 17 años del DMQ, según sexo, 2024 60
Figura 30 Contribución de cada vacuna al cambio en dosis a NNA registradas entre 2023 y 2024 62
Figura 31 Distribución anual de las dosis registradas para NNA del DMQ por grupo de edad, 2021-2024 63
Figura 32 Porcentaje de nacidos vivos según la edad de la madre al inicio de la gestación en el DMQ, 2014–2024 72
Figura 33 Nacidos vivos vinculados con madres menores de 18 años según el momento utilizado para medir la edad, 2014–2024 74

Figura 34 Parroquias con mayor número de nacidos vivos de madres de 10 a 19 años al momento del parto, 2024 75
Figura 35 Prematuridad y bajo peso al nacer entre los nacidos vivos de madres de 10 a 19 años, 2014–2024 76
Figura 36 Diez principales causas de muerte en niñas y niños de 0 a 5 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024 79
Figura 37 Diez principales causas de muerte en niñas y niños de 6 a 11 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024 81
Figura 38 Diez principales causas de muerte en adolescentes de 12 a 17 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024 83
Figura 39 Evolución de la matrícula y de las instituciones activas en el DMQ, 2009-2010 a 2025-2026 86
Figura 40 Evolución de la matrícula por nivel educativo en el DMQ, 2009-2010 a 2025-2026 87
Figura 41 Parroquias con mayor cantidad de estudiantes matriculados en instituciones educativas del DMQ, 2025-2026 88
Figura 42 Relación de estudiantes por docente según sostenimiento, 2025-2026 91
Figura 43 Evolución de las tasas de abandono institucional y no promoción en el DMQ, 2009-2010 a 2024-2025 92
Figura 44 NNA atendidos por modalidad de servicio en el DMQ, junio de 2026 96
Figura 45 Parroquias con mayor número de NNA atendidos en el DMQ, junio de 2026 99
Figura 46 Evolución anual de las adopciones de NNA en el DMQ, 2018-2026 101
Figura 47 Adopciones nacionales e internacionales de NNA en el DMQ, 2018-2026 102
Figura 48 Evolución anual de las desapariciones de NNA y su proporción respecto del total de desapariciones en el DMQ, 2017-2026 104
Figura 49 Distribución por sexo de las desapariciones anuales de NNA en el DMQ, 2017-2026 105
Figura 50 Evolución de NNA que continúan desaparecidas/os o fueron encontradas/os fallecidas/os en el DMQ, 2017-2026 106
Figura 51 Diez principales causas de desaparición en NNA, según sexo, en el DMQ, 2017-2026 107
Figura 52 Adolescentes detenidas/os o aprehendidas/os según sexo en el DMQ, 2019-2026 108
Figura 53 Evolución anual de las detenciones y aprehensiones de adolescentes en el DMQ, 2019-2026 109
Figura 54 Evolución anual de las víctimas NNA de homicidio intencional y su participación sobre el total del DMQ, 2014-junio de 2026 110
Figura 55 Víctimas NNA de homicidio intencional por grupo de edad y sexo, 2014-junio de 2026 111
Figura 56 Víctimas NNA según el tipo de muerte registrado en el DMQ, 2014 – junio de 2026 111
Figura 57 Víctimas NNA según el distrito del DMQ, 2014 - junio 2026 112
Figura 58 Principales lugares y grupos de armas registrados en homicidios intencionales de NNA en el DMQ, 2014 – junio 2026 113

Índice de tablas

Tabla 1 Fuentes de información empleadas 19

Tabla 2 Distribución de la población indígena de NNA del DMQ según la nacionalidad o grupo indígena al que pertenece, 2022 29

Tabla 3 Principales lugares de procedencia de los NNA que establecieron su residencia en el DMQ en los últimos cinco años, 2022 37

Tabla 4 Evolución anual de las dosis administradas a NNA, los establecimientos activos y la diversidad de vacunas, 2021-2024 61

Tabla 5 Relación anual entre dosis finales e iniciales registradas para NNA del DMQ por vacuna, 2021-2024 65

Tabla 6 Dosis registradas para NNA del DMQ según institución del establecimiento de vacunación, 2021-2024 66

Tabla 7 Establecimientos con mayor número de dosis registradas para NNA del DMQ, 2024 67

Tabla 8 Indicadores de nutrición en primera infancia en Pichincha y Ecuador, 2023-2024 68

Tabla 9 Indicadores de nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas durante la adolescencia en el DMQ, 2014 y 2024 70

Tabla 10 Metodología para la construcción de los indicadores 71

Tabla 11 Indicadores de inclusión y condiciones de acceso educativo, 2025-2026 89

Tabla 12 Ámbitos y grupos que requieren mayor atención, 2024-2025 93

Tabla 13 Unidades de atención y usuarios por servicio en el DMQ, junio de 2026 94

Tabla 14 NNA atendidos por grupo de edad y sexo en el DMQ, junio de 2026 95

Tabla 15 NNA atendidos por modalidad y grupo de edad en el DMQ, junio de 2026 97

Tabla 16 NNA atendidos en Desarrollo Infantil Integral por banda de edad en meses en el DMQ, junio de 2026 98

Tabla 17 Fuentes utilizadas para analizar violencia, protección y acceso a la justicia de NNA en el DMQ 103

Tabla 18 Distribución de la población indígena de NNA del DMQ según la nacionalidad o grupo indígena al que pertenece, 2022 121

Siglas y acrónimos

ACF	Acompañamiento Familiar
AZ	Administración Zonal
BGU	Bachillerato General Unificado
CDI	Centro de Desarrollo Infantil
CNH	Creciendo con Nuestros Hijos
COMPINA	Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
CPD-DMQ	Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito
CPV	Censo de Población y Vivienda
DII	Desarrollo Infantil Integral
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
EGB	Educación General Básica
EI	Educación Inicial
ENDI	Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil
ETI	Erradicación del Trabajo Infantil
FGE	Fiscalía General del Estado
fIPV	Vacuna antipoliomielítica inactivada fraccionada
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
LOEI	Ley Orgánica de Educación Intercultural
MDI	Ministerio del Interior
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social

MINEDEC	Ministerio de Educación, Deporte y Cultura
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTDH	Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNA	Niñas, niños y adolescentes
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
REDF	Registro Estadístico de Defunciones Fetales
REDG	Registro Estadístico de Defunciones Generales
RENV	Registro Estadístico de Nacidos Vivos
SAFPI	Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia
SIIMIES	Sistema Integrado de Información del MIES
SIPS	Servicio de Intervención Psicosocial para la Prevención de Vulneración de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el Ámbito Familiar y Comunitario
SRP	Sarampión, Rubéola y Paperas
VPH	Virus del papiloma humano

Introducción

En el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) viven 700.591 niñas, niños y adolescentes (NNA), quienes representan poco más de una cuarta parte de su población (INEC, 2022). **Durante las últimas tres décadas, su presencia relativa en el territorio ha disminuido de manera considerable**. En 1990, cerca de 4 de cada 10 habitantes tenían menos de dieciocho años, mientras que en 2022 esta relación equivalía a algo más de 1 de cada 4 (INEC, 2010; INEC, 2022). Más allá de las cifras, este cambio refleja una transformación en las necesidades de la ciudad, en la demanda de servicios de cuidado, salud y educación, y en los desafíos que las políticas públicas deberán afrontar en los próximos años.

Con base en lo expuesto, conocer la situación de la niñez y la adolescencia en el DMQ es fundamental porque los promedios provinciales o cantonales pueden ocultar realidades muy diferentes. Las niñas, niños y adolescentes no se distribuyen de manera uniforme, pues unas pocas parroquias reúnen una parte considerable de esta población. Tampoco enfrentan las mismas condiciones para acceder a los servicios. En las zonas rurales y dispersas, las distancias y los tiempos de desplazamiento pueden dificultar la llegada a una escuela, un centro de salud o un servicio de protección.

A estas diferencias territoriales se suma una amplia diversidad que suele perderse de vista cuando se observan únicamente los datos generales. En el DMQ viven NNA pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas y al pueblo afroecuatoriano, NNA con discapacidad o dificultades funcionales, y miles de personas menores de edad que llegaron desde otras provincias del Ecuador o desde otros países. **Reconocer esta diversidad es indispensable para comprender sus distintas necesidades y evitar que determinados grupos queden ocultos detrás de los promedios**.

En virtud de lo anterior, este estudio analiza la información desde un enfoque de derechos. Esto significa que cada dato se entiende no solo como la descripción de una realidad, sino también como una señal del grado en que se garantizan los derechos reconocidos en los instrumentos internacionales, la Constitución de la República, el Código de la Niñez y Adolescencia y la normativa local. Desde esta perspectiva, la tasa de abandono escolar, la brecha entre dosis de vacunación, o un registro de violencia no son hechos administrativos aislados. Todos ellos pueden revelar el cumplimiento de obligaciones estatales concretas y ayudar a reconocer quiénes permanecen fuera del alcance de la protección.

El propósito del estudio es reunir, procesar y presentar de manera integrada la información estadística disponible sobre las niñas, niños y adolescentes que viven en el DMQ. De esta manera, se busca construir una línea de base común que contribuya a formular, transversalizar, observar y dar seguimiento a las políticas públicas locales.

El estudio tiene un alcance descriptivo. Examina el tamaño y la composición de esta población, su distribución en el territorio y los cambios registrados a lo largo del tiempo. En cada dimensión de análisis se procura precisar qué conclusiones pueden sostenerse con la fuente disponible y cuáles se encuentran fuera de sus posibilidades. Por esta razón, el análisis no evalúa el impacto de programas, no establece relaciones de causa y efecto entre los fenómenos estudiados ni reemplaza los diagnósticos

especializados que cada sector pueda desarrollar dentro de sus competencias. El análisis se concentra en la población menor de dieciocho años que reside en el DMQ. La información procede de censos, encuestas nacionales, registros administrativos y tableros estadísticos institucionales. Estas fuentes no siempre corresponden a los mismos periodos ni ofrecen iguales niveles de desagregación. Lejos de constituir un defecto del estudio, estas diferencias reflejan las características del ecosistema de información disponible y exigen interpretar cada resultado de acuerdo con el alcance de la fuente que lo sustenta.

Con respecto a la estructura del estudio, este avanza desde una mirada general hacia temas cada vez más específicos. Primero presenta el marco normativo que orienta la interpretación de los datos y explica la metodología utilizada. Luego caracteriza a las niñas, niños y adolescentes del DMQ a partir de su número, distribución territorial, formas de autoidentificación, composición de sus hogares, condiciones habitacionales y perspectivas demográficas.

A continuación, aborda la salud y la nutrición en las distintas etapas del crecimiento. Se analizan los principales motivos de consulta y hospitalización, la vacunación, el estado nutricional durante la primera infancia, la maternidad en la adolescencia y las causas de muerte. Después se examina la educación, con especial atención a la matrícula, la diversidad del alumnado, el personal docente y las trayectorias educativas que se interrumpen. El análisis continúa con los servicios de cuidado y protección disponibles en el territorio. Finalmente, se examinan las distintas formas de violencia registradas por las instituciones, y se presenta una síntesis de los hallazgos más relevantes.

Es preciso mencionar que el estudio está pensado para públicos diversos. Las cifras se acompañan de explicaciones sencillas, equivalencias que ayudan a comprender los porcentajes y notas que aclaran el alcance de cada indicador. Así, autoridades, personal técnico, organizaciones de la sociedad civil, academia y ciudadanía pueden recurrir a una misma base de evidencia. **La niñez y la adolescencia del DMQ constituyen un grupo de atención prioritaria por mandato constitucional; contar con información ordenada, comparable y presentada con transparencia es indispensable para que esta prioridad se convierta en decisiones y acciones concretas**.

1. Marco normativo de los NNA

Para comprender la situación de las niñas, niños y adolescentes (NNA) del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) no basta con saber cuántos son o conocer sus condiciones de vida. **Cada dato estadístico también permite observar si sus derechos están siendo respetados o si existen situaciones que los afectan**. Estos derechos están reconocidos en normas internacionales, nacionales y locales, que establecen qué debe garantizarse a la niñez y la adolescencia, quiénes tienen la responsabilidad de hacerlo y bajo qué principios deben actuar.

Por esta razón, el marco normativo sirve como guía para interpretar la información estadística. **Los datos sobre educación, salud, protección o participación no son únicamente cifras, sino que permiten conocer en qué medida los derechos de las niñas, niños y adolescentes se están cumpliendo**. Las siguientes tres subsecciones presentan, de manera breve, las principales normas vigentes en los niveles internacional, nacional y local. Su propósito no es realizar un análisis jurídico detallado, sino ofrecer una referencia general sobre las responsabilidades que tienen el Estado y el Municipio para garantizar los derechos de los NNA.

1.1. Internacional

El marco normativo internacional está compuesto por tratados, convenciones y protocolos que Ecuador ha ratificado y que, por mandato constitucional, deben aplicarse conforme a los principios pro ser humano, de no restricción de derechos, de aplicabilidad directa y de cláusula abierta, especialmente cuando reconocen y protegen derechos humanos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, art. 417). El principal instrumento es la **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989), que reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos. Esta Convención establece cuatro principios fundamentales: **i) la no discriminación; ii) el interés superior del niño; iii) el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y iv) el derecho a expresar su opinión y ser escuchado**. Ecuador fue uno de los primeros países de América Latina en ratificarla en 1990 (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.).

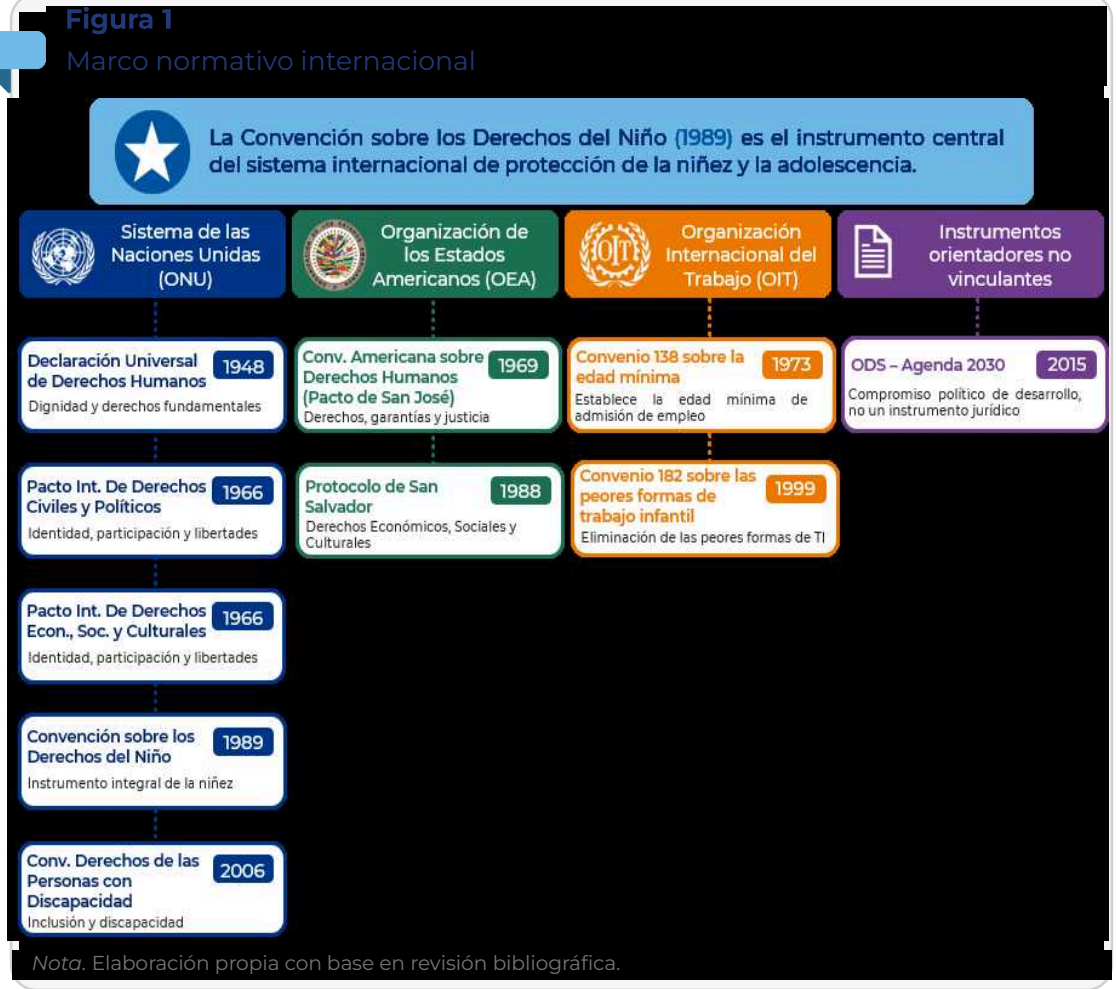
Además de la Convención sobre los Derechos del Niño, existen otros instrumentos internacionales que amplían y fortalecen la protección de la niñez y la adolescencia. En el ámbito mundial, la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948) y los **dos pactos internacionales de 1966** reconocen derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales para todas las personas, incluidas las niñas, niños y adolescentes (Naciones Unidas, 1966a; Naciones Unidas, 1966b). A esto se suman los **Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño**, que refuerzan su protección frente a la explotación, la violencia y la participación en conflictos armados (Naciones Unidas, 2000a; Naciones Unidas, 2000b; Naciones Unidas, 2011).

En el ámbito regional, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (1969) y el **Protocolo de San Salvador** (1988) establecen garantías adicionales para los países de América. Por su parte, los **Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo** fijan normas específicas para prevenir y eliminar el trabajo infantil (Organización Internacional del Trabajo, 1973; Organización Internacional del Trabajo, 1999).

Es importante diferenciar el alcance de estos instrumentos. Los tratados y convenios internacionales son de cumplimiento obligatorio y generan responsabilidades concretas para el Estado. En cambio, los **Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030** (2015) funcionan como una guía para orientar las políticas públicas, pero no tienen el mismo carácter obligatorio que un tratado. De manera similar, las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño no crean nuevos derechos, sino que ayudan a interpretar y aplicar correctamente la Convención sobre los Derechos del Niño. En conjunto, estos instrumentos establecen los estándares internacionales que sirven para evaluar en qué medida se respetan y garantizan los derechos de las niñas, niños y adolescentes del DMQ.

Figura 1

Marco normativo internacional



Nota. Elaboración propia con base en revisión bibliográfica.

1.2. Nacional

El marco normativo nacional convierte los compromisos asumidos por Ecuador en normas, responsabilidades e instituciones que deben actuar dentro del país. Para comprender cómo se organizan estas disposiciones, el marco jurídico puede representarse como una pirámide normativa (véase la Figura 2), en la que las normas de mayor jerarquía orientan y condicionan a las que se encuentran debajo. Esta estructura permite identificar cuáles son los principios fundamentales que deben guiar las leyes, las políticas públicas y las decisiones relacionadas con la niñez y adolescencia.

En la parte más alta se encuentra la **Constitución de la República del Ecuador** (2008), que reconoce a las niñas, niños y adolescentes como un grupo de atención prioritaria. Esto significa que sus necesidades y derechos deben recibir una protección especial y preferente por parte de las instituciones públicas. Los artículos 44, 45 y 46 establecen que su desarrollo integral debe ser una prioridad y que, cuando se tome una decisión que pueda afectarles, debe aplicarse el principio del interés superior del niño. Este principio exige que su bienestar y el cumplimiento de sus derechos sean considerados antes que otros intereses.

La Constitución también establece la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia. **Esto quiere decir que la protección de la niñez y la adolescencia no depende únicamente de los padres o cuidadores**. El Estado debe crear leyes, políticas, servicios y mecanismos de protección; la sociedad debe construir entornos seguros y respetuosos; y las familias deben brindar cuidado, afecto y acompañamiento. Cada actor cumple una función diferente, pero todos comparten la obligación de favorecer el desarrollo y la protección de los NNA.

Junto con la Constitución se encuentran los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Ecuador, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Estos instrumentos forman parte del marco jurídico nacional y sirven para interpretar y fortalecer los derechos reconocidos en la legislación ecuatoriana. En materia de derechos humanos, cuando una norma internacional ofrece una protección más favorable para las personas, debe aplicarse aquella que garantice de mejor manera sus derechos.

Figura 2

Estructura del marco normativo nacional



Nota. Elaboración propia con base en revisión bibliográfica.

En conjunto, la Constitución y los instrumentos internacionales establecen las bases que orientan las demás leyes, políticas y acciones públicas dirigidas a la niñez y la adolescencia. Por ello, cualquier decisión relacionada con educación, salud, protección, participación, cuidado o prevención de la violencia debe respetar estos principios y colocar a las niñas, niños y adolescentes en el centro de la actuación estatal.

Estos principios se desarrollan principalmente en el **Código de la Niñez y Adolescencia** (2003), que reconoce a las niñas, niños y adolescentes como personas con derechos propios, organiza el sistema de protección y establece medidas para actuar cuando sus derechos están amenazados o han sido vulnerados.

Este marco se complementa con otras normas que protegen derechos específicos. Entre ellas se encuentran el **Código Orgánico Integral Penal** (2014), relacionado con la justicia y la sanción de la violencia; la **Ley Orgánica de Educación Intercultural** (2011); la **Ley Orgánica de Salud** (2006); la **Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres** (2018); la **Ley Orgánica de Discapacidades** (2012); y la **Ley Orgánica de Movilidad Humana** (2017). También es importante el **COOTAD**, que establece responsabilidades para que los gobiernos locales organicen sistemas de protección de derechos.

En la base de la pirámide se encuentran los reglamentos, las políticas, los planes y las agendas, que permiten llevar las leyes a la práctica mediante acciones, responsables y metas concretas. Este nivel es especialmente relevante para el estudio, porque convierte los derechos en aspectos que pueden medirse mediante indicadores de educación, salud, protección, participación y otros ámbitos de la vida de las niñas, niños y adolescentes.

Figura 3

Marco normativo nacional



Nota. Elaboración propia con base en revisión bibliográfica.

1.3. Local

El marco normativo local lleva estas normas y responsabilidades al territorio del Distrito Metropolitano de Quito. La Constitución y el COOTAD establecen que los gobiernos municipales deben organizar y financiar sistemas de protección de derechos. En Quito, estas disposiciones se desarrollan en el **Código Municipal para el**

Distrito Metropolitano de Quito (2025), que reúne la normativa metropolitana vigente y organiza el Sistema de Protección Integral de Derechos del DMQ.

Dentro de este sistema, el **Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ)** es el organismo encargado de la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas para la protección de derechos. Su trabajo se realiza en coordinación con otras instituciones nacionales y locales. El CPD-DMQ surgió de la transformación del antiguo Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, conocido como COMPINA. Con esta transformación, su ámbito de acción se amplió y pasó de centrarse únicamente en la niñez y la adolescencia a trabajar también con los demás grupos de atención prioritaria.

El sistema local incluye además a las **Juntas Metropolitanas de Protección de Derechos**, que actúan cuando existe una amenaza o vulneración en casos concretos; a las **entidades municipales responsables de prestar servicios**; y a los **consejos consultivos**, que permiten que niñas, niños, adolescentes y otros grupos participen y expresen sus opiniones.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

El estudio adopta un **enfoque cuantitativo y descriptivo**, basado en fuentes secundarias oficiales, como censos, encuestas nacionales, registros administrativos y tableros estadísticos de acceso público. **Su propósito es caracterizar la situación de la niñez y adolescencia que vive en el DMQ, a partir de la información disponible y desde un enfoque de derechos**.

El análisis examina magnitudes, composiciones, distribuciones territoriales y cambios a lo largo del tiempo. Cuando las fuentes lo permiten, también compara los resultados por sexo, grupo de edad, territorio y características de los servicios. Debido a su alcance descriptivo, no establece relaciones de causa y efecto, no evalúa programas ni construye modelos explicativos. Los posibles factores asociados se presentan como hipótesis y se precisa qué información adicional sería necesaria para comprobarlos.

2.2. Población objetivo y unidades de análisis

La población objetivo está conformada por las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años que residen en el DMQ, de acuerdo con la definición establecida en la Convención sobre los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y Adolescencia. La unidad de análisis varía según el ámbito estudiado:

- **Persona:** Para examinar características individuales como el sexo, la edad, la autoidentificación étnica, las dificultades funcionales, la discapacidad registrada, el lugar de nacimiento y la condición de movilidad.

- **Hogar:** Para analizar la tipología y composición familiar, la jefatura, el parentesco de los NNA con la persona jefa del hogar y las condiciones de convivencia. Se consideran aquellos hogares en los que reside al menos una persona menor de dieciocho años.

- **Vivienda:** Para estudiar la forma de tenencia, los materiales, el déficit habitacional, el hacinamiento y el acceso a servicios y equipamiento.

- **Evento o registro administrativo:** Para analizar consultas externas, egresos hospitalarios, dosis de vacunas aplicadas, nacidos vivos, defunciones generales y fetales, desapariciones, detenciones, aprehensiones, denuncias y atenciones institucionales. En estos casos, cada registro corresponde a un evento y no necesariamente a una persona distinta.
- **Unidad de atención o establecimiento:** Para examinar la oferta de servicios, la capacidad instalada, la ocupación, y las redes de establecimientos de vacunación e instituciones educativas.

Esta diferencia es importante para poder interpretar correctamente los resultados. Una misma niña, niño o adolescente puede registrar varias consultas, hospitalizaciones, dosis de vacunas o atenciones durante un mismo periodo. Por tanto, el número de eventos no equivale al número de personas atendidas ni permite estimar directamente la prevalencia de una situación.

La población objetivo general del estudio corresponde a las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años que residen en el DMQ. No obstante, el universo efectivo de análisis puede variar según la fuente, la disponibilidad de información y la unidad de análisis correspondiente a cada dimensión. Estas diferencias se señalan expresamente en los apartados respectivos y deben considerarse al interpretar los resultados.

2.3. Ámbito territorial

El estudio abarca las 65 parroquias del DMQ, 32 urbanas y 33 rurales. Según la información disponible, los resultados se presentan por área, administración zonal o parroquia, y se comparan con Ecuador o Pichincha cuando corresponde. Algunas fuentes emplean divisiones territoriales propias, como zonas, distritos o sectores de atención, que no equivalen a la organización municipal.

Además, el territorio registrado puede referirse al lugar de residencia o al sitio donde ocurrió la atención. En educación corresponde a la ubicación del establecimiento, en vacunación al lugar de aplicación de la dosis y, en nacidos vivos y defunciones fetales, a la residencia habitual de la madre. Estas diferencias se precisan en cada análisis.

2.4. Periodo de análisis

El estudio utiliza la información más reciente disponible para cada fuente, por lo que los periodos varían según el tema analizado. En conjunto, los datos abarcan desde 1990 hasta 2026, mientras que las proyecciones demográficas se extienden hasta 2035. Cuando una serie contiene información de un año incompleto, esta condición se señala expresamente, se diferencia en los gráficos y se evita su comparación directa con años completos. Siempre que es posible, los datos más recientes se contrastan mediante periodos equivalentes.

2.5. Fuentes de información

La siguiente tabla resume las fuentes utilizadas y los periodos considerados en el estudio:

Tabla 1

Fuentes de información empleadas

Institución	Fuente	Periodo utilizado
INEC	Censos de Población y Vivienda	1990, 2001, 2010 y 2022
INEC	Estimaciones y proyecciones de población, revisión 2024	2026–2035
INEC	Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios	2024
INEC	Registro Estadístico de Defunciones Generales	2024
INEC	Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y de Defunciones Fetales	2014–2024
INEC	Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) — Ronda 2	2023–2024
MSP	Consulta Externa (datos abiertos)	2024
MSP	Registro de vacunación (MSP Vacunas, datos abiertos)	2021–2024
CONADIS	Registro Nacional de Discapacidades	2023
MINEDEC	Registro Administrativo Histórico de Inicio y Fin (AMIE)	Inicio: 2009-2010 a 2025-2026 Fin: 2009-2010 a 2024-2025
Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano	SIIMIES — registro de unidades de atención y usuarios	Corte a junio de 2026
MDI	Estadísticas de personas desaparecidas	2017 a 2026 (parcial)
MDI	Estadísticas de detenidos y aprehendidos	2019 a 2026 (parcial)
MDI	Registro de homicidios intencionales	2014 a junio de 2026
Consejo de la Judicatura	Tablero “Caracterización de las víctimas”	Agosto de 2024 a julio de 2026
FGE	Tablero “Analítica - Noticias del Delito”	Enero de 2019 a julio 2026
Sistema Metropolitano de Información	Indicadores de la dependencia Secretaría de Inclusión Social	Octubre de 2023 a septiembre de 2025
Defensoría Pública	Portal Estadístico	Enero a junio de 2026
Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano	Registro de adopciones de NNA	2018 a 2026 (parcial)

Nota. Elaboración propia con base en revisión bibliográfica.

2.6. Procesamiento, cálculo y comparación de datos

El procesamiento se realizó a partir de microdatos oficiales anonimizados, tabulados y tableros institucionales. Las bases fueron revisadas, depuradas y homologadas para corregir inconsistencias y facilitar la comparación entre años y territorios. También se construyeron variables e indicadores derivados relacionados con la composición de los hogares, las condiciones de vivienda, la vacunación, la educación, la capacidad de los servicios y otros ámbitos analizados.

Los resultados se presentan principalmente mediante conteos, porcentajes y comparaciones por sexo, edad, territorio y periodo. Cuando no se contó con un denominador poblacional adecuado, se utilizaron valores absolutos y distribuciones porcentuales en lugar de tasas. Asimismo, las fuentes solo se contrastaron cuando sus definiciones y periodos eran compatibles, sin sumar registros procedentes de sistemas diferentes.

2.7. Limitaciones

Las principales limitaciones provienen de las fuentes utilizadas. Algunos registros cuentan atenciones o eventos y no personas, por lo que una misma persona puede aparecer varias veces. Además, la falta de datos poblacionales impide calcular ciertas tasas, mientras que el subregistro, los datos incompletos y los cambios en la forma de registrar la información dificultan las comparaciones.

3. Niñas, niños y adolescentes en el DMQ: cuántos son, dónde están y cómo se distribuyen

3.1. Tamaño de la población

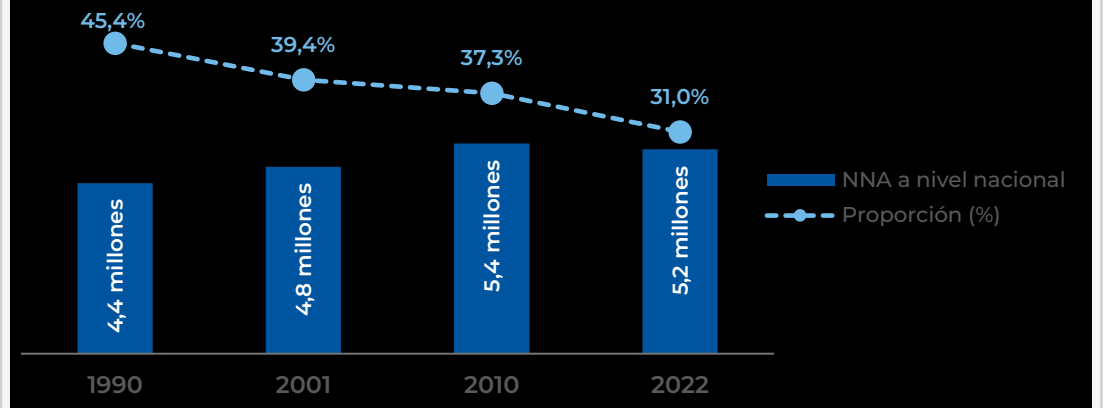
¿Cómo puede Ecuador tener más niñas, niños y adolescentes que hace tres décadas y, al mismo tiempo, contar con una población proporcionalmente menos joven? La explicación se encuentra en la forma en que ha cambiado la estructura por edades del país.

Como se observa en la Figura 4, en 1990 vivían en Ecuador cerca de 4,4 millones de personas menores de 18 años. Esta población aumentó a 4,8 millones en 2001 y alcanzó los 5,4 millones en 2010. Para 2022, se situó en 5,2 millones. Esto significa que en 2022 había aproximadamente 800 mil NNA más que en 1990, aunque su crecimiento no fue continuo. Después de alcanzar su punto más alto en 2010, la cifra disminuyó ligeramente (INEC, 2022).

Mientras el número de NNA crecía, su peso dentro de la población nacional seguía una trayectoria distinta. En 1990 representaban el 45,4% de los habitantes del país, proporción que descendió al 39,4% en 2001, al 37,3% en 2010 y al 31,0% en 2022. Dicho de otro modo, en 1990 casi 5 de cada 10 personas que vivían en Ecuador eran niñas, niños o adolescentes. En 2022, esta relación se aproximó a 3 de cada 10 personas, cerca de un tercio de la población (INEC, 2022).

Figura 4

Población de NNA y su proporción dentro de la población total del Ecuador, 1990 a 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 1990, 2001, 2010 y 2022 (INEC, 2010; INEC, 2022). Las barras azules representan el número de NNA en el Ecuador, mientras que la línea celeste muestra su proporción dentro de la población total del país.

Esta reducción proporcional no significa que Ecuador tuviera menos NNA en 2022 que tres décadas atrás. **Lo que ocurrió fue que la población adulta y adulta mayor creció a un ritmo más acelerado**. Como resultado, las personas menores de 18 años pasaron a representar una parte más pequeña del total, aunque su número continuaba siendo mayor que en 1990. **Este cambio forma parte de la transición demográfica, un proceso relacionado con la disminución del número de hijos por familia y el aumento de los años de vida**. A medida que estas transformaciones avanzan, la

población adquiere una estructura menos joven y aumenta progresivamente la presencia de personas adultas y adultas mayores.

Por su parte, en el DMQ se observa una tendencia similar, pero más pronunciada. Actualmente viven más niñas, niños y adolescentes que hace tres décadas, aunque su participación dentro de la población distrital se ha reducido de manera considerable. Esta aparente contradicción permite comprender uno de los principales cambios demográficos experimentados por el territorio.

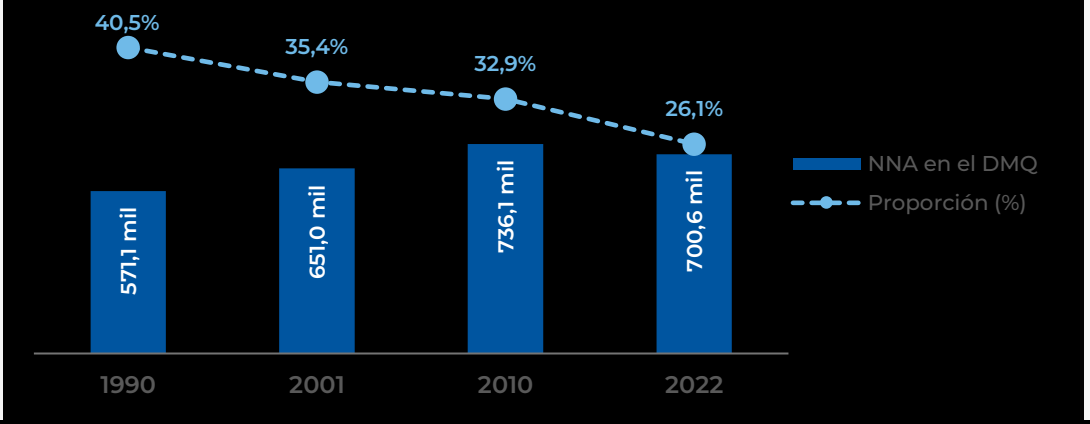
> *La transición hacia una estructura poblacional menos joven está más avanzada en el DMQ que en el conjunto del país*

Según se aprecia en la Figura 5, en 1990 vivían en el DMQ aproximadamente 571,1 mil NNA. La cifra aumentó a 651 mil en 2001 y alcanzó su nivel más alto en 2010, con 736,1 mil. Para 2022, descendió a 700,6 mil. En términos generales, entre 1990 y 2010 se incorporaron cerca de 165 mil niñas, niños y adolescentes, mientras que durante los doce años siguientes su número se redujo en aproximadamente 35 mil (INEC, 2022).

El cambio más profundo, sin embargo, se encuentra en el peso de este grupo dentro de la población total. En 1990, las niñas, niños y adolescentes representaban el 40,5% de los habitantes del DMQ. Esta proporción bajó al 35,4% en 2001, al 32,9% en 2010 y al 26,1% en 2022. La reducción fue constante, incluso durante el periodo en que el número de NNA todavía continuaba aumentando (INEC, 2022). Así, mientras en 1990 alrededor de 4 de cada 10 habitantes del DMQ tenían menos de 18 años, en 2022 equivalían a algo más de 2 de cada 10 habitantes del DMQ.

Figura 5

Población de NNA y su proporción dentro de la población total del DMQ, 1990 a 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 1990, 2001, 2010 y 2022 (INEC, 2010; INEC, 2022). Las barras azules representan el número de NNA en el DMQ, mientras que la línea celeste muestra su proporción dentro de la población total del distrito.

La comparación entre las figuras 4 y 5 muestra que esta transformación ha avanzado con mayor intensidad en el DMQ que en el conjunto del país. En 2022, los NNA representaban el 31,0% de la población ecuatoriana, frente al 26,1% registrado en el DMQ (INEC, 2022). **Esta diferencia sugiere que la transición demográfica se encuentra más avanzada en el DMQ**.

La modificación de la estructura por edades también puede influir en las necesidades de la ciudad. En los sectores donde disminuye la cantidad de niñas y niños pequeños podría cambiar la demanda de cupos escolares, servicios de cuidado y espacios de recreación. A la vez, el creciente peso de la población adulta y adulta mayor puede generar nuevas necesidades de atención. Por ello, la planificación pública requiere considerar no solo cuántas personas viven en el territorio, sino también cómo se distribuyen entre las distintas etapas de la vida.

Cuando cambia la composición por edades, también se transforman las necesidades educativas, de cuidado y de atención de la ciudad

3.2. Estructura por sexo y edad

Por cada 100 niñas, niños y adolescentes que residían en el DMQ en 2022, aproximadamente 49 eran mujeres y 51 eran hombres. Como se observa en la Figura 6, la distribución era prácticamente equilibrada, con 343.371 mujeres, equivalentes al 49% de la población de NNA, y 357.220 hombres, correspondientes al 51% (INEC, 2022).

Aunque la diferencia es pequeña, este equilibrio constituye un punto de partida importante para interpretar los indicadores que se presentan más adelante. Debido a que ambos grupos tienen tamaños similares, las brechas amplias que puedan encontrarse en educación, salud, violencia u otros ámbitos no podrían explicarse únicamente por la existencia de una mayor cantidad de mujeres o de hombres en el DMQ.

Figura 6

Estructura por sexo de los NNA del DMQ, 2022



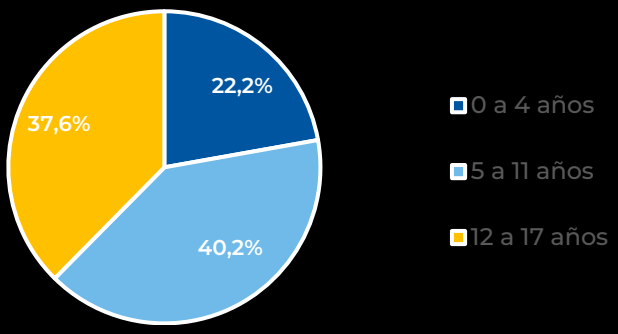
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

La educación y la adolescencia ocupan un lugar central en la realidad actual de los NNA del DMQ

La edad permite observar otra característica central de esta población. **Casi 8 de cada 10 NNA del DMQ tenían entre 5 y 17 años, lo que significa que la mayoría se encontraba atravesando la edad escolar o la adolescencia**. Según se presenta en la Figura 7, el grupo más numeroso era el de 5 a 11 años, con el 40,2% del total. Le seguían las y los adolescentes de 12 a 17 años, que representaban el 37,6%, mientras que las niñas y niños de 0 a 4 años constituían el 22,2% (INEC, 2022). Aunque este último grupo era el menos numeroso, reunía a más de una quinta parte de los NNA del DMQ.

Figura 7

Estructura por edades de los NNA del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra la distribución de los 700.591 NNA del DMQ según tres grupos de edad. El color azul representa a la población de 0 a 4 años; el celeste, a quienes tienen entre 5 y 11 años; y el amarillo, a los adolescentes de 12 a 17 años.

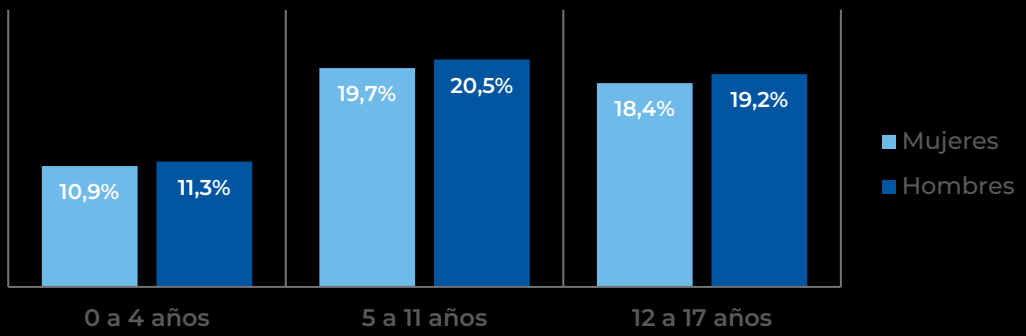
Esta composición es relevante porque las necesidades cambian a lo largo de la niñez y la adolescencia. Durante la primera infancia resultan fundamentales los controles de salud, la vacunación, una alimentación adecuada, el cuidado y los servicios de desarrollo infantil. Entre los 5 y 11 años adquieren especial importancia el acceso a la educación, el acompañamiento durante el aprendizaje y la disponibilidad de espacios seguros para jugar. **Por ello, conocer cuántas personas atraviesan cada etapa ayuda a comprender mejor las distintas demandas que deben atenderse en el territorio**.

> ***La edad no es solo una forma de ordenar a la población, sino una guía para comprender cómo cambian sus necesidades***

El equilibrio entre mujeres y hombres se mantiene al examinar los grupos de edad. Como se evidencia en la Figura 8, ninguno de los tres grupos presenta una diferencia amplia por sexo. Entre los NNA de 0 a 4 años, las mujeres representaban el 10,9% de la población total y los hombres el 11,3%. En el grupo de 5 a 11 años, estas proporciones alcanzaban el 19,7% y el 20,5%, respectivamente. La misma cercanía se observaba entre los 12 y 17 años, con un 18,4% de mujeres y un 19,2% de hombres (INEC, 2022).

Figura 8

Estructura por sexo y edad de los NNA del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura presenta la distribución de los 700.591 NNA del DMQ según sexo y grupo de edad. Las barras celestes representan a las mujeres y las barras azules oscuras, a los hombres; cada porcentaje se calcula respecto del total de NNA.

En todas las edades se registra una cantidad ligeramente mayor de hombres. Sin embargo, las diferencias son reducidas y no alteran el panorama general de una población distribuida de manera casi uniforme por sexo. Las principales variaciones demográficas se relacionan, por tanto, con la edad y con las necesidades particulares que acompañan a cada etapa.

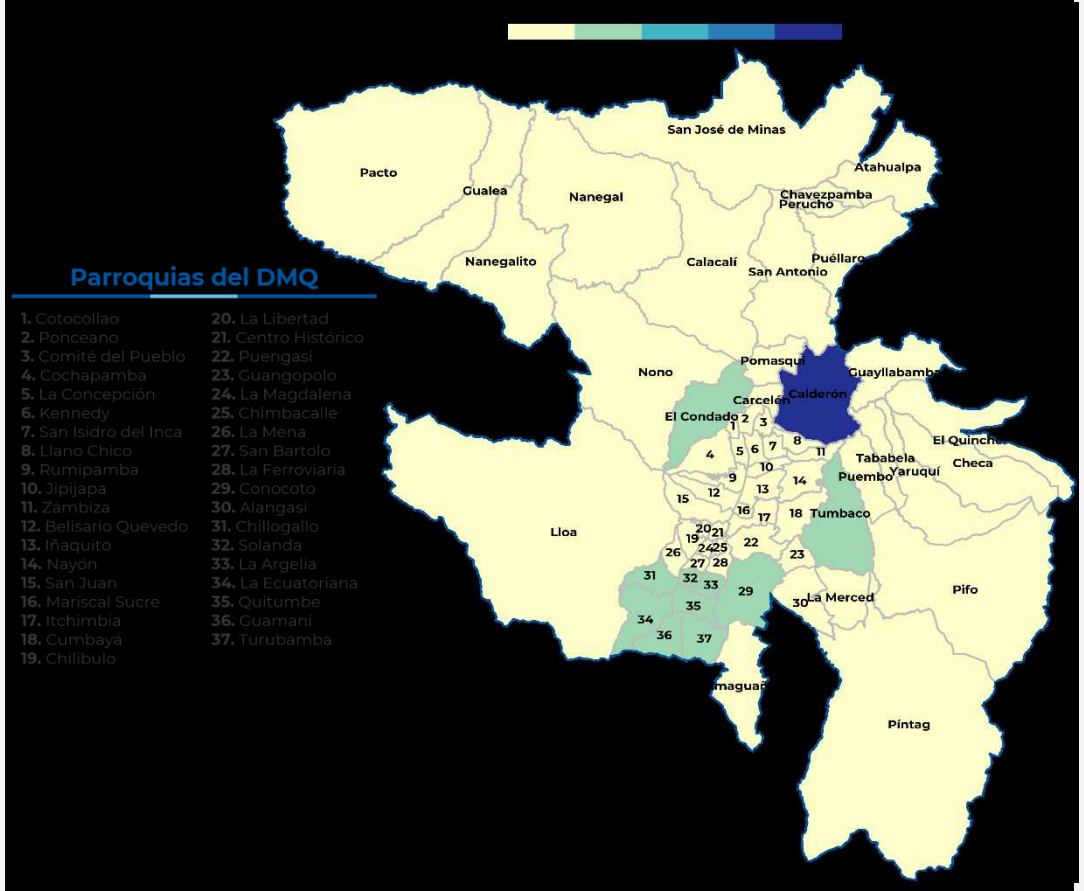
3.3. Distribución territorial de la niñez y adolescencia

> *El lugar donde viven las niñas, niños y adolescentes condiciona la forma en que acceden a sus derechos*

Cerca de 700 mil niñas, niños y adolescentes viven en el DMQ, pero su distribución territorial está lejos de ser uniforme. Como se observa en la Figura 9, una parte importante se concentra en determinadas parroquias, principalmente en sectores urbanos y periurbanos del norte y del sur del DMQ.

Figura 9

Distribución porcentual de los NNA por parroquia del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). El mapa muestra la proporción de NNA que reside en cada parroquia del DMQ respecto del total distrital. Las tonalidades más intensas representan una mayor concentración de población, mientras que las más claras indican una menor proporción.

Calderón sobresale con 71.711 NNA, equivalentes al 10,2% del total de NNA del territorio. Esto significa que aproximadamente 1 de cada 10 niñas, niños y adolescentes del DMQ vive en esta parroquia, una concentración que no se registra en ningún otro territorio.

Le siguen El Condado, con 34.379 NNA; Guamaní, con 32.228; Quitumbe, con 31.448; Conocoto, con 31.205; y Turubamba, con 29.228. **En conjunto, estas seis parroquias reúnen a 230.199 niñas, niños y adolescentes, cerca de un tercio de toda la población de NNA del DMQ** (INEC, 2022).

También existe una presencia considerable en La Ecuatoriana, donde residen 22.664 NNA; Tumbaco, con 21.477; Chillogallo, con 20.174; Solanda, con 18.357; y La Argelia, con 18.352 (INEC, 2022). Esta distribución confirma que la niñez y la adolescencia ocupan un lugar central en la vida cotidiana de numerosos sectores del norte, el sur y los valles del DMQ.

La concentración y la dispersión territorial plantean desafíos distintos. En unos territorios importa la capacidad de atención y, en otros, la cercanía de los servicios

Una menor cantidad de NNA no significa necesariamente una menor necesidad de respuesta pública

La concentración territorial tiene implicaciones directas para el ejercicio de los derechos. **Las parroquias con mayor cantidad de NNA requieren escuelas, centros infantiles, servicios pediátricos y odontológicos, parques, espacios deportivos, transporte y mecanismos de protección con capacidad suficiente para responder a una demanda numerosa**. Cuando la población crece más rápido que la oferta disponible, pueden aumentar el número de estudiantes por curso, los tiempos de espera para recibir atención médica y las distancias que deben recorrer las familias. Conocer dónde viven las niñas, niños y adolescentes permite anticipar estas necesidades y orientar la distribución de los recursos según la realidad de cada territorio.

La ruralidad forma parte central de la realidad de la niñez y la adolescencia en el DMQ

Sin embargo, una menor cantidad de NNA no implica necesariamente menos dificultades para acceder a los servicios. **En las zonas rurales o dispersas, el desafío puede estar menos relacionado con el volumen de usuarios y más con las distancias, la disponibilidad de transporte y el tiempo requerido para llegar a una escuela, un centro de salud o un servicio de protección**.

Aunque el DMQ suele imaginarse como un territorio principalmente urbano, una proporción considerable de sus niñas, niños y adolescentes vive fuera de estas áreas. Como muestra la Figura 10, en 2022 el 64% de los NNA residía en zonas urbanas, mientras que el 36% lo hacía en zonas rurales (INEC, 2022).

En términos absolutos, esta distribución corresponde a 449.452 NNA en el área urbana y 251.139 en la rural (INEC, 2022). En otras palabras, más de 1 de cada 3 niñas, niños y adolescentes del DMQ vive en una zona rural. La ruralidad, por tanto, no constituye una realidad excepcional dentro del DMQ, sino una parte significativa de la vida cotidiana de miles de NNA y sus familias.

Figura 10

Distribución de los NNA por área de residencia del DMQ, 2022



Urbana

449.452

Equivale al **64%** de los NNA del DMQ



Rural

251.139

Equivale al **36%** de los NNA del DMQ

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

3.4. Autoidentificación de los NNA

La mayoría mestiza no convierte al DMQ en un territorio culturalmente homogéneo

La mayoría de las niñas, niños y adolescentes del DMQ se autoidentifica como mestizos. **Sin embargo, detrás de este rasgo predominante existe una diversidad cultural que también forma parte de la vida del territorio**. Como se observa en la Figura 11, el 86,2% de los NNA del DMQ se reconoce como mestizos, frente al 74,4% registrado en todo Ecuador. En otras palabras, esta identificación corresponde aproximadamente a 9 de cada 10 NNA en el DMQ y a 7 de cada 10 en el país (INEC, 2022).

Las demás autoidentificaciones tienen un menor peso relativo en el DMQ que en el conjunto nacional. La población indígena representa el 7,3% de los NNA del DMQ y el 10,2% de los NNA de Ecuador. Una diferencia similar se observa entre la población afroecuatoriana, cuya participación alcanza el 4,0% en el DMQ y el 6,4% a escala nacional (INEC, 2022).

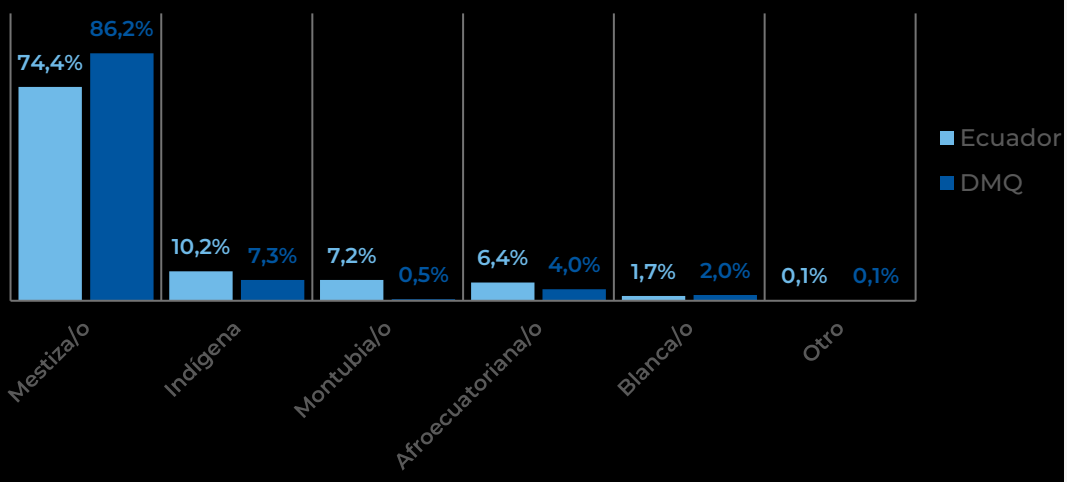
El contraste más amplio corresponde a la población montubia. Mientras este grupo representa el 7,2% de los NNA del país, en el DMQ constituye apenas el 0,5%. Esta diferencia es coherente con su distribución territorial, concentrada principalmente en la región Costa. En las demás categorías, el 2,0% de los NNA del DMQ se identifica como blanco, frente al 1,7% nacional, mientras que la categoría "otro" representa el 0,1% en ambos territorios (INEC, 2022).

Una presencia porcentualmente pequeña puede representar a miles de niñas, niños y adolescentes

No obstante, una participación porcentual pequeña no significa necesariamente que se trate de pocas personas. En el DMQ viven aproximadamente 51 mil NNA indígenas y cerca de 28 mil afroecuatorianos. Detrás de estos porcentajes se encuentran miles de niñas, niños y adolescentes cuyas historias familiares, costumbres, conocimientos y formas de expresión enriquecen la vida cotidiana de las escuelas, los barrios y las comunidades.

Figura 11

Distribución por autoidentificación étnica de los NNA del Ecuador y el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). El gráfico compara la distribución por autoidentificación étnica de los 5.248.117 NNA del Ecuador y de los 700.591 del DMQ. Las barras celestes representan al total nacional y las barras azules al DMQ; los porcentajes se calculan respecto del total de NNA de cada territorio.

La diversidad también está presente dentro de la propia población indígena. Como muestra la Tabla 2, los 51.076 NNA indígenas del DMQ pertenecen a distintos pueblos y nacionalidades, cada uno con su propia historia, identidad y tradición cultural (INEC, 2022).

> ***La población indígena del DMQ reúne identidades diversas que no deben quedar ocultas bajo una sola categoría***

La mayor presencia corresponde a la población Kichwa, con 28.337 NNA, equivalentes al 55,5% del total. Esto significa que algo más de la mitad de las niñas, niños y adolescentes indígenas del DMQ pertenece a este grupo. La otra parte reúne una amplia variedad de identidades. Entre las más numerosas se encuentran el pueblo Puruhá, con 6.224 NNA, que representan el 12,2%; el pueblo Otavalo, con 4.790 y el 9,4%; y el pueblo Panzaleo, con 3.503 y el 6,9% (INEC, 2022). **En conjunto, estos cuatro grupos concentran aproximadamente 8 de cada 10 NNA indígenas del territorio**.

Esta composición evidencia que expresiones generales como “niñas y niños indígenas” pueden ocultar diferencias relevantes. Una niña otavaleña, un niño puruhá y un adolescente kitu kara comparten una identidad indígena, pero pueden pertenecer a familias con distintas costumbres, celebraciones, formas de organización, territorios de origen y vínculos con las lenguas indígenas. Reconocer esta diversidad permite comprender con mayor precisión a la población y evita tratarla como un grupo homogéneo.

Tabla 2

Distribución de la población indígena de NNA del DMQ según la nacionalidad o grupo indígena al que pertenece, 2022

Pueblo o nacionalidad indígena	Cantidad de NNA	Proporción sobre el total de NNA indígenas
Kichwa	28.337	55,5%
Puruhá	6.224	12,2%
Otavalo	4.790	9,4%
Panzaleo	3.503	6,9%
Kitu Kara	1.769	3,5%
Se ignora	1.475	2,9%
Kayambi	1.269	2,5%
Shuar	795	1,6%
Karanki	690	1,4%
Waranka	469	0,9%
Otros	1.755	3,4%

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

3.5. Dificultades funcionales y discapacidad

3.5.1. Dificultades funcionales

> *Las dificultades funcionales reúnen experiencias y necesidades muy distintas que no pueden tratarse como una sola realidad*

Más de diez mil niñas, niños y adolescentes del DMQ viven con alguna dificultad funcional permanente para realizar actividades cotidianas. Esta realidad reúne experiencias muy distintas, desde dificultades para ver, escuchar o desplazarse hasta aquellas relacionadas con el aprendizaje, la comprensión, la comunicación o el cuidado personal.

Como se observa en la Figura 12, en 2022 se registraron 10.831 NNA de cinco años o más con al menos una dificultad funcional permanente[1]. Esta población representa aproximadamente el 2% de las niñas, niños y adolescentes de ese grupo de edad (INEC, 2022). Aunque su peso porcentual puede parecer reducido, se trata de miles de NNA que podrían necesitar distintos apoyos para estudiar, jugar, comunicarse y participar plenamente en su comunidad.

La distribución por sexo muestra una diferencia más marcada que la existente en el conjunto de la población de NNA. Los hombres representan el 57% de quienes registran alguna dificultad funcional permanente, mientras que las mujeres corresponden al 43% (INEC, 2022). Este contraste resulta relevante porque en la población general de niñas, niños y adolescentes del DMQ, ambos grupos tienen tamaños similares.

[1] Se consideran las personas de 5 años o más porque el conjunto de preguntas utilizado por el Censo está diseñado para evaluar dificultades funcionales en ese grupo etario. Para las niñas y niños menores de cinco años se requiere un módulo específico, adaptado a las características de su desarrollo (INEC, 2024a).

Figura 12

Dificultades funcionales permanentes en los NNA de 5 años o más del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

Las dificultades funcionales tampoco se presentan de una sola manera. Algunas niñas, niños y adolescentes tienen dificultades para ver, escuchar, caminar, comprender o comunicarse, mientras que otros enfrentan varias de ellas simultáneamente. Esta diversidad, reflejada en la Figura 13, evidencia que las necesidades de apoyo pueden variar considerablemente de una persona a otra.

Cuando varias dificultades coinciden, las necesidades de apoyo pueden volverse más complejas

Las dificultades múltiples constituyen la categoría más frecuente y representan el 30,2% del total. **En otras palabras, aproximadamente 3 de cada 10 NNA de cinco años o más con alguna dificultad funcional presentan más de una dificultad**. Una misma persona podría, por ejemplo, experimentar dificultades tanto para desplazarse como para realizar actividades de cuidado personal. Le siguen las dificultades para ver, incluso utilizando lentes, con el 28,1%, y aquellas relacionadas con recordar, comprender o concentrarse, que alcanzan el 20,7% (INEC, 2022).

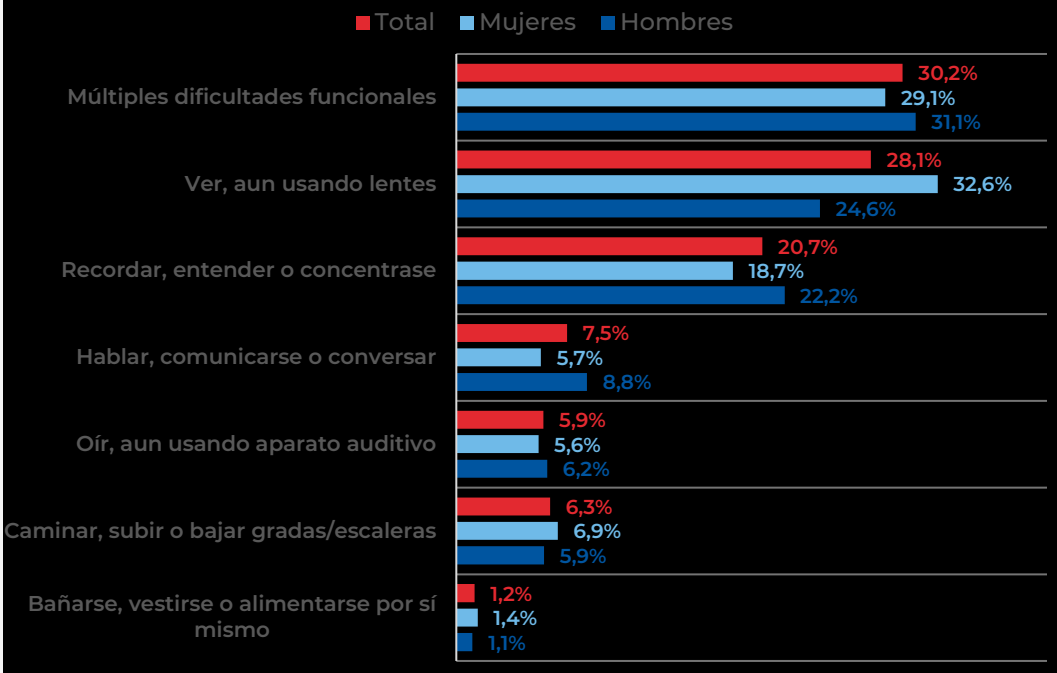
Las diferencias entre mujeres y hombres cambian según el tipo de dificultad y pueden quedar ocultas en una mirada general

La comparación por sexo permite identificar diferencias en el tipo de dificultad registrada. Las dificultades visuales representan el 32,6% entre las mujeres y el 24,6% entre los hombres. En cambio, las dificultades para recordar, comprender o concentrarse tienen mayor peso entre los hombres, con el 22,2%, frente al 18,7% entre las mujeres. Una diferencia similar aparece en las dificultades para hablar o comunicarse, que corresponden al 8,8% entre los hombres y al 5,7% entre las mujeres (INEC, 2022).

Las dificultades para caminar, escuchar, hablar o realizar actividades de cuidado personal presentan porcentajes menores, pero esto no reduce su importancia. **Incluso una dificultad poco frecuente puede convertirse en una barrera considerable cuando las escuelas, el transporte, los servicios y los espacios públicos no ofrecen condiciones adecuadas de accesibilidad**.

Figura 13

Tipo de dificultades funcionales permanentes en los NNA de 5 años o más del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra los tipos de dificultades funcionales permanentes que presentan los NNA de 5 años o más del DMQ. Las barras comparan los resultados del total de NNA con estas dificultades (10.831), de las mujeres (4.691) y de los hombres (6.140); en cada caso, el porcentaje se calcula sobre el total correspondiente.

3.5.2. Discapacidad

En 2023, el Registro Nacional de Discapacidades contabilizó 9.600 personas de entre 13 y 18 años con discapacidad en el DMQ. Como se observa en la Figura 14, el 60% corresponde a hombres y el 40% a mujeres (CONADIS, 2023).

Este resultado debe interpretarse considerando el alcance de la información disponible. Los registros analizados corresponden únicamente a personas de entre 13 y 18 años, por lo que no abarcan con precisión a toda la población de NNA (menores de 18 años). Por estas razones, la cifra no debe interpretarse como el total de NNA con discapacidad en el DMQ.

Tener una dificultad funcional y constar en un registro de discapacidad no describen la misma situación

La discapacidad no depende únicamente de una condición personal. Las barreras del entorno también pueden restringir la participación

La discapacidad es un concepto más amplio. Se produce cuando una condición o dificultad personal interactúa con barreras físicas, sociales, comunicacionales o institucionales que restringen la participación (CONADIS, 2020). Una dificultad para caminar, por ejemplo, no impide necesariamente asistir a clases. La limitación aumenta cuando la escuela tiene gradas, carece de rampas o no dispone de transporte accesible. Por su parte, una dificultad funcional se refiere a los problemas que una persona puede experimentar al realizar determinadas

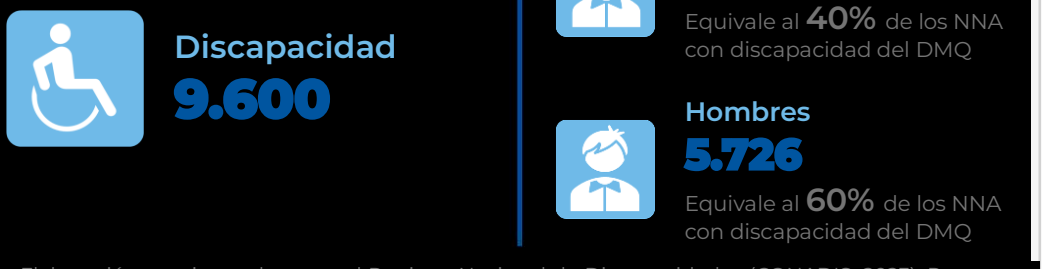
actividades, como ver, escuchar, caminar, recordar, comprender, comunicarse o cuidar de sí misma, y se basa en las respuestas de la persona o de su hogar y no exige presentar un diagnóstico ni un documento oficial (INEC, 2024a).

Esta distinción ayuda a comprender por qué los resultados de las Figuras 12 y 14 no coinciden. Además de abarcar grupos de edad diferentes, las fuentes miden situaciones distintas. La Figura 12 recoge dificultades funcionales declaradas en el Censo, mientras que la Figura 14 muestra personas incorporadas a un registro administrativo después de una evaluación formal.

Una persona puede declarar una dificultad funcional y no constar en el Registro Nacional de Discapacidades porque no ha realizado el procedimiento, desconoce cómo acceder a este, vive lejos de los servicios o encuentra obstáculos para completar los trámites. También puede ocurrir que una persona registrada responda de otra manera las preguntas censales, especialmente cuando utiliza apoyos que reducen sus dificultades cotidianas. **En consecuencia, estar registrada describe una situación administrativa concreta, mientras que presentar una dificultad funcional refleja la experiencia de una persona al realizar determinadas actividades**.

Figura 14

Personas de 13 a 18 años registradas en el Registro Nacional de Discapacidades en el DMQ según sexo, 2023



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2023). Para este análisis se incluye también a las personas de 18 años, debido a que el Registro Nacional de Discapacidades presenta la información de adolescentes en el grupo de 13 a 18 años, sin permitir separar exclusivamente a quienes tienen entre 13 y 17 años.

> ***Las necesidades de apoyo cambian según el tipo de discapacidad y la experiencia de cada persona***

La información del registro también permite observar que no existe una sola experiencia de discapacidad. Como se aprecia en la Figura 15, la discapacidad intelectual es la más frecuente entre las personas de 13 a 18 años registradas y representa el 52,6% del total. La discapacidad física ocupa el segundo lugar, con el 20,4% (CONADIS, 2023). La discapacidad física puede afectar el movimiento, el desplazamiento o la realización de ciertas actividades, pero no determina la capacidad de una persona para aprender, opinar o tomar decisiones. En muchos casos, las restricciones aparecen cuando faltan rampas, ascensores, baños adaptados, transporte accesible u otras condiciones que faciliten una participación autónoma.

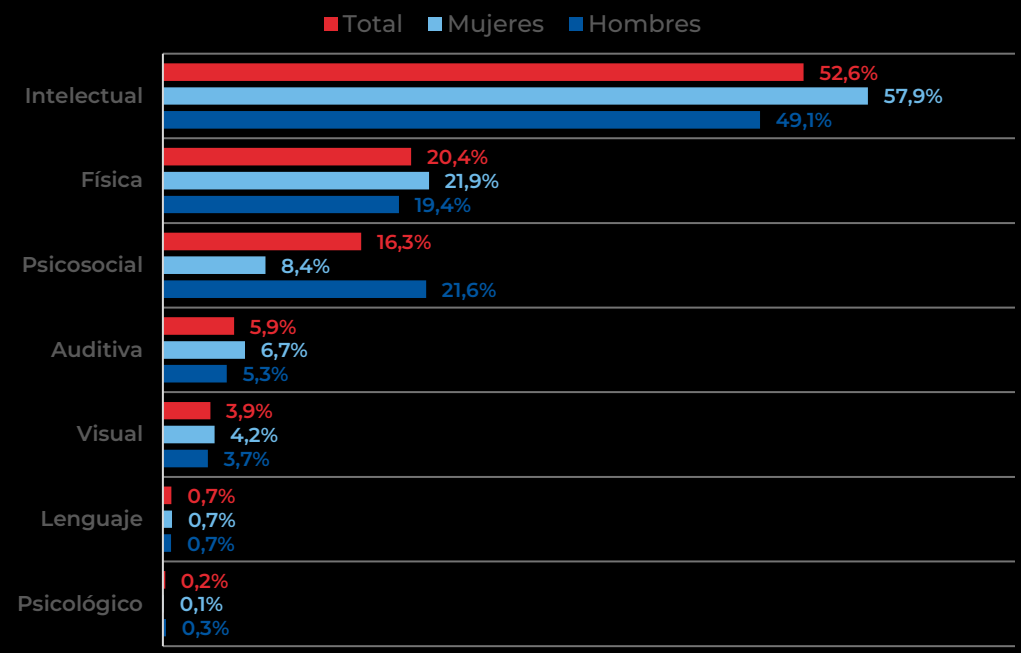
La discapacidad psicosocial representa el 16,3% de los registros (CONADIS, 2023). Esta se relaciona con condiciones de salud mental que, al interactuar con prejuicios, discriminación o falta de apoyos, pueden limitar la participación social. Por ello, su atención también requiere entornos seguros, acompañamiento y relaciones libres de estigmas.

Al comparar por sexo, la Figura 15 muestra diferencias importantes en la composición de los registros. **La discapacidad intelectual representa el 57,9% entre las mujeres y el 49% entre los hombres**. La discapacidad psicosocial presenta el patrón contrario, pues alcanza el 21,6% entre los hombres y el 8,4% entre las mujeres (CONADIS, 2023). Estas diferencias permiten advertir que la distribución de los tipos de discapacidad no es igual en ambos grupos.

Las discapacidades auditiva y visual representan el 5,9% y el 3,9% del total, respectivamente (CONADIS, 2023). Aunque tienen una presencia menor, requieren respuestas específicas de accesibilidad. Una persona con discapacidad auditiva puede necesitar lengua de señas, subtítulos o información escrita, mientras que una persona con discapacidad visual puede requerir audiodescripciones, textos ampliados o contenidos compatibles con lectores de pantalla. Las categorías de discapacidad de lenguaje y psicológica tienen una participación inferior al 1% (CONADIS, 2023). Su menor frecuencia no reduce la importancia de las necesidades de quienes forman parte de estos grupos. La garantía de derechos y el acceso a los apoyos necesarios no dependen del tamaño de la población registrada.

Figura 15

Tipo de discapacidad de las personas de 13 a 18 años registradas en el Registro Nacional de Discapacidades en el DMQ, 2023



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2023). Para este análisis se incluye también a las personas de 18 años, debido a que el Registro Nacional de Discapacidades presenta la información de adolescentes en el grupo de 13 a 18 años, sin permitir separar exclusivamente a quienes tienen entre 13 y 17 años. Las barras comparan los resultados del total de NNA con discapacidad en el DMQ (9.600), de las mujeres (3.874) y de los hombres (5.726); en cada caso, el porcentaje se calcula sobre el total correspondiente.

3.6. Niñez en movilidad humana

3.6.1. Lugar de nacimiento

> *El DMQ no solo es un lugar de nacimiento, sino también un territorio al que llegan niñas, niños, adolescentes y sus familias*

Cerca de 100 mil niñas, niños y adolescentes que actualmente viven en el DMQ nacieron fuera del distrito (INEC, 2022). Esta cifra muestra que la población infantil y adolescente se encuentra conformada tanto por quienes nacieron en este territorio como por quienes llegaron desde otros lugares del Ecuador o del mundo.

> *El lugar de nacimiento muestra de dónde proviene una persona, pero no permite conocer por sí solo su trayectoria de movilidad*

Como se observa en la Figura 16, el 85,8% de los NNA nació en el propio DMQ (INEC, 2022). En otras palabras, casi 9 de cada 10 tienen al distrito como lugar de nacimiento. Sin embargo, este dato no permite afirmar que hayan vivido allí de manera continua, pues únicamente identifica dónde nacieron y no los desplazamientos que pudieron experimentar posteriormente.

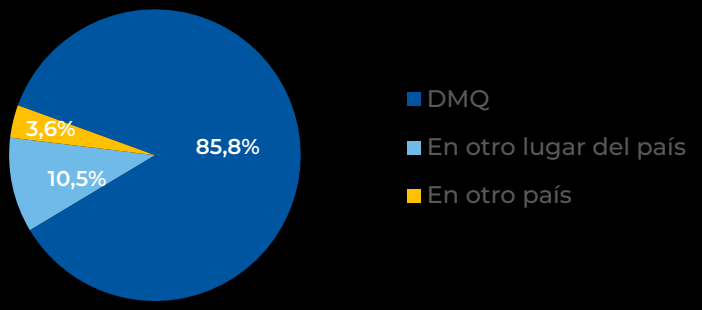
> *Haber nacido fuera del distrito no reduce el vínculo con el territorio donde actualmente se vive, crece y ejerce derecho*

El 10,5% nació en otro lugar del Ecuador. Esta proporción equivale aproximadamente a 74 mil niñas, niños y adolescentes que, en algún momento de su vida, se trasladaron al DMQ (INEC, 2022). El Censo no permite conocer, a partir de este indicador, cuándo ocurrió el desplazamiento ni cuáles fueron sus motivos.

Por su parte, el 3,6% nació en otro país, lo que representa alrededor de 25 mil NNA (INEC, 2022). Aunque constituye el grupo menos numeroso, su presencia evidencia que la movilidad internacional también forma parte de la realidad de la niñez y la adolescencia en el distrito. Haber nacido en otro país, no obstante, no permite determinar por sí solo la nacionalidad, la situación migratoria ni el tiempo de residencia en el DMQ. Finalmente, el 14,1% de las niñas, niños y adolescentes nació fuera del distrito (INEC, 2022). Esta diversidad de orígenes puede estar acompañada de distintas trayectorias familiares, educativas y culturales.

Figura 16

Lugar de nacimiento de los NNA que residen en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra el lugar de nacimiento de los 700.591 NNA que residen en el DMQ. El color azul representa a quienes nacieron en el DMQ; el celeste, a quienes nacieron en otro lugar del Ecuador; y el amarillo, a quienes nacieron en otro país.

3.6.2. Movilidad reciente

La movilidad reciente representa una proporción minoritaria, pero forma parte de la experiencia de miles de NNA

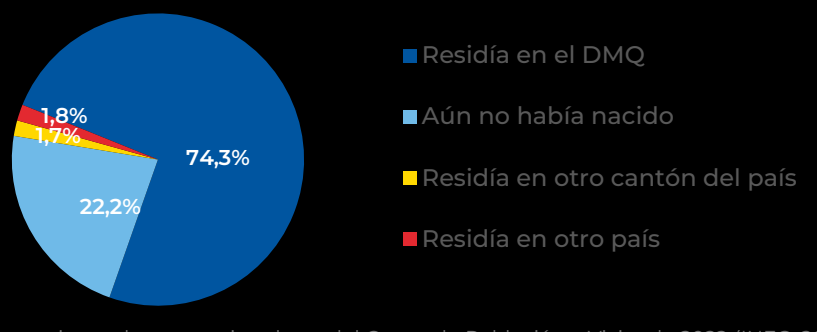
El lugar de nacimiento ofrece una primera aproximación al origen de las niñas, niños y adolescentes, mientras que la residencia cinco años antes permite observar cambios territoriales más recientes. **Para miles de NNA, el DMQ se convirtió en su lugar de residencia durante ese periodo**. Algunos llegaron desde otros cantones del Ecuador y otros desde distintos países, por lo que pudieron atravesar procesos de adaptación a nuevos barrios, escuelas y formas de convivencia.

Como se observa en la Figura 17, el 74,3% de los NNA ya residía en el DMQ cinco años antes del Censo de 2022. En otras palabras, aproximadamente 3 de cada 4 permanecieron en el Distrito entre los dos momentos considerados. Otro 22,2% aún no había nacido en la fecha tomada como referencia (INEC, 2022). Esta categoría corresponde principalmente a niñas y niños menores de cinco años y no representa una experiencia de movilidad.

El 1,7% residía en otro cantón del Ecuador y el 1,8% vivía en otro país. Aunque estas proporciones son reducidas, en conjunto representan aproximadamente 24 mil niñas, niños y adolescentes que cambiaron su lugar de residencia durante los cinco años anteriores al Censo (INEC, 2022).

Figura 17

Movilidad territorial reciente de los NNA residentes en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra la situación de movilidad reciente de los 700.591 NNA que residen en el DMQ. El azul representa a quienes no cambiaron de lugar de residencia; el celeste, a quienes aún no habían nacido; el amarillo, a quienes se movilizaron desde otro lugar del país; y el rojo, a quienes llegaron desde otro país.

Este indicador permite identificar dónde vivía esta población cinco años antes, pero no muestra las razones del traslado, las rutas recorridas ni posibles movimientos intermedios. Tampoco permite conocer por sí solo la nacionalidad o la situación migratoria de quienes residían en otro país. **Aun con estas limitaciones, la información confirma que la movilidad interna e internacional forma parte de la realidad de la niñez y la adolescencia en el DMQ**.

Cambiar de territorio puede implicar incorporarse a una nueva escuela, acceder a otros servicios y reconstruir vínculos con el barrio y la comunidad. Por ello, la continuidad en el acceso a la educación, la salud y la protección, así como la prevención de la xenofobia y otras formas de discriminación, adquieren especial importancia para quienes atraviesan estos procesos.

La Tabla 3 permite conocer los principales lugares de residencia anterior de los NNA que vivían fuera del DMQ cinco años antes del Censo. **Venezuela ocupa el primer lugar, con 9.706 personas, equivalentes al 39,4% del total**. Esto significa que aproximadamente 4 de cada 10 NNA procedentes de otro territorio residían anteriormente en ese país (INEC, 2022). Sin embargo, este dato no permite establecer su nacionalidad ni las razones por las que se trasladaron.

Colombia aparece como el segundo país de procedencia, con 1.316 NNA y el 5,3% del total (INEC, 2022). Aunque su participación es considerablemente menor que la registrada para Venezuela, evidencia que la movilidad internacional hacia el DMQ reúne distintos lugares de origen y trayectorias.

Los desplazamientos también se producen dentro del Ecuador. **Guayaquil es la principal ciudad de residencia anterior, con 966 NNA, equivalentes al 3,9%**. Le siguen Santo Domingo, Esmeraldas, Ibarra, Riobamba, Latacunga, Ambato y Loja. En conjunto, estas ocho ciudades reúnen 4.507 NNA, aproximadamente el 18,3% de quienes residían fuera del DMQ cinco años antes del Censo (INEC, 2022).

Tabla 3

Principales lugares de procedencia de los NNA que establecieron su residencia en el DMQ en los últimos cinco años, 2022

País / Cantón	Cantidad de NNA	Proporción del total de NNA que llegaron a residir en el DMQ durante los últimos cinco años
Venezuela (país)	9.706	39,4%
Colombia (país)	1.316	5,3%
Guayaquil	966	3,9%
Santo Domingo	740	3,0%
Esmeraldas	585	2,4%
Ibarra	545	2,2%
Riobamba	435	1,8%
Latacunga	431	1,7%
Ambato	406	1,6%
Loja	399	1,6%

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

La diversidad de procedencias muestra que la población infantil y adolescente que llegó al DMQ reúne tanto experiencias de movilidad internacional como desplazamientos dentro del país. Más allá del territorio de origen, todas estas trayectorias pasan a formar parte de la vida cotidiana de las escuelas, los barrios y las comunidades del Distrito.

3.7. Con quién viven: hogares y cuidado entre generaciones

3.7.1. Hogares con NNA

La niñez y la adolescencia están presentes en casi la mitad de los hogares del DMQ

En el DMQ viven 700.591 niñas, niños y adolescentes. Para conocer cómo están conformados sus hogares, se dispone de información de 699.987 de ellos (INEC, 2022). La diferencia de 604 casos se debe a que este análisis considera únicamente a quienes fueron identificados como integrantes de un hogar. Por tanto, no incluye a quienes fueron censados en viviendas colectivas, como albergues, internados o centros de acogida, ni a los registros que carecen de información suficiente para establecer el hogar al que pertenecen.

La etapa de vida de los NNA modifica las necesidades de cuidado, educación, salud y acompañamiento de sus hogares

En total, 420.539 hogares tienen al menos una persona menor de 18 años. Esta cifra equivale al 48,1% de todos los hogares del DMQ, lo que significa que la niñez y la adolescencia están presentes en casi la mitad de ellos. En promedio, estos hogares se encuentran conformados por cuatro integrantes, de los cuales 1,7 son niñas, niños o adolescentes. En la mitad vive un solo NNA, mientras que en el 36,1% viven dos (INEC, 2022).

La composición por edades muestra que las necesidades de estos hogares pueden ser muy diferentes. De los 699.987 NNA considerados, 155.500 tienen entre 0 y 4 años, equivalentes al 22,2%; 281.715 se encuentran entre los 5 y 11 años y representan el 40,3%; y 262.772 tienen entre 12 y 17 años, correspondientes al 37,5% (INEC, 2022)[2]. El grupo de 0 a 4 años es el menos numeroso. Aunque este intervalo abarca menos edades que los otros dos, su tamaño también es consistente con la reducción reciente de los nacimientos. Esta transformación demográfica puede modificar progresivamente la demanda de centros infantiles, servicios de salud, escuelas y otros apoyos dirigidos a la primera infancia.

Las etapas de vida tampoco se combinan de la misma manera dentro de todos los hogares. Al menos una niña o un niño menor de cinco años vive en 140.239 hogares, aproximadamente uno de cada tres hogares con NNA. En cambio, el 25,9% está conformado únicamente por adolescentes y personas adultas (INEC, 2022). **Mientras los primeros pueden requerir con mayor intensidad servicios de cuidado y atención a la primera infancia, los segundos enfrentan necesidades vinculadas con la educación secundaria, la salud integral, la participación y la transición hacia la vida adulta**.

> *La presencia de hogares con NNA es mayor en las áreas rurales y en varios sectores periféricos del distrito*

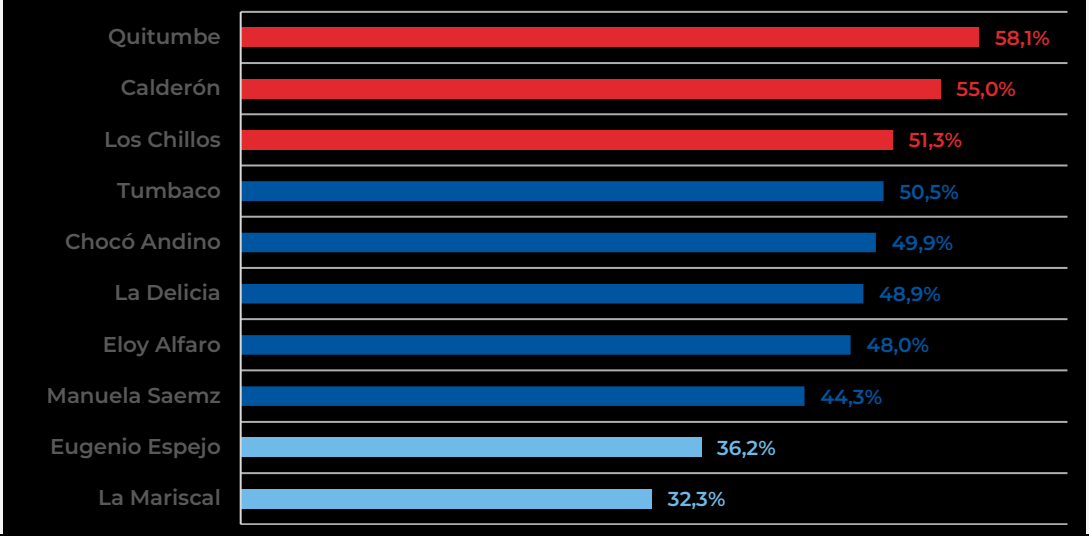
Estas características presentan diferencias importantes dentro del territorio. Como se observa en la Figura 18, la proporción de hogares con NNA varía en casi 26 puntos porcentuales entre La Mariscal, donde representan el 32,3% de los hogares, y Quitumbe, donde alcanzan el 58,1% (INEC, 2022). Estos porcentajes se calculan respecto del total de hogares de cada zona, por lo que muestran el peso que tienen los hogares con NNA dentro de cada territorio y no la cantidad absoluta que allí reside.

En términos generales, las zonas centrales y consolidadas registran una menor proporción de hogares con niñas, niños y adolescentes, mientras que su presencia aumenta en varios sectores periféricos y rurales. Esta diferencia también se observa entre áreas. El 52,1% de los hogares rurales tiene al menos un NNA, frente al 46,2% de los hogares urbanos (INEC, 2022).

[2] La cifra de 699.987 NNA corresponde a aquellos con información completa de composición del hogar; la Figura 7 usa 700.591 (todos los NNA censados), lo que explica las variaciones en porcentajes.

Figura 18

Hogares con NNA por administración zonal en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra el porcentaje de hogares con al menos un NNA en cada administración zonal del DMQ. Cada porcentaje se calcula sobre el total de hogares de la respectiva administración zonal, no sobre el total del Distrito.

La distribución territorial de estos hogares permite anticipar demandas distintas. Allí donde su presencia es mayor, la planificación pública debe considerar una necesidad más intensa de servicios educativos, sanitarios, recreativos, de cuidado y protección. **Las diferencias entre territorios muestran que una respuesta uniforme para todo el DMQ difícilmente podría atender de la misma manera las realidades de sus hogares**.

3.7.2. Composición familiar de los NNA

La estructura nuclear es mayoritaria, pero no representa la única forma de organización familiar de los hogares con NNA

La mayoría de los hogares con niñas, niños y adolescentes tiene una estructura nuclear. Esto significa que se encuentran conformados por una pareja con sus hijas e hijos o por uno de los progenitores que vive con ellos. Como se observa en la Figura 19, esta composición corresponde a 318.562 hogares, equivalentes al 75,8% del total. **En otras palabras, aproximadamente 3 de cada 4 hogares con NNA son nucleares** (INEC, 2022).

Los hogares extensos representan otra parte importante de esta realidad. En ellos, además del núcleo familiar, viven otros parientes, como abuelas, abuelos, tías, tíos, primas o primos. **En el DMQ existen 86.980 hogares extensos con NNA, correspondientes al 20,7% del total**. Su tamaño promedio alcanza los 5,1 integrantes, frente a los 3,7 registrados en los hogares nucleares (INEC, 2022). Esta composición puede incrementar las necesidades de espacio, ingresos y organización del cuidado, pero también puede favorecer el acompañamiento y la colaboración entre familiares.

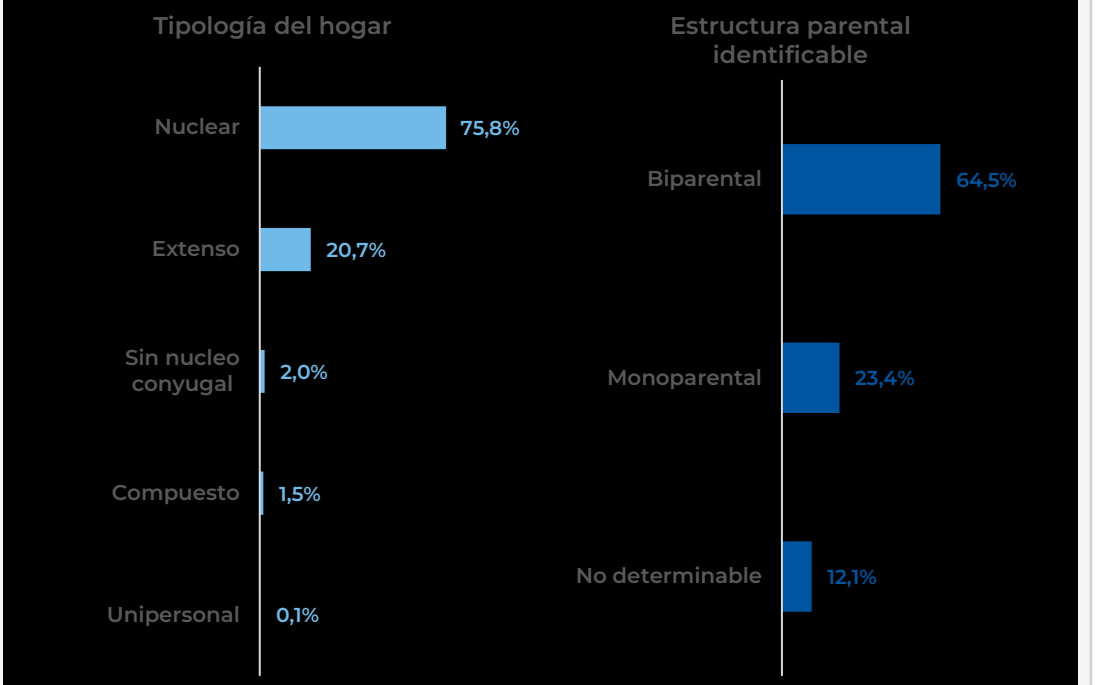
Cerca de 1 de cada 4 hogares con niñas, niños y adolescentes es monoparental

La información también muestra que cerca de 1 de cada 4 hogares con NNA es monoparental. Se trata de hogares en los que las hijas e hijos viven con su madre o

con su padre, sin la pareja de esa persona. Esta situación se presenta en 98.200 hogares, equivalentes al 23,4% del total. La proporción es ligeramente mayor en el área urbana, donde alcanza el 24,3%, que en el área rural, con el 21,6% (INEC, 2022).

Figura 19

Composición de los hogares con NNA según tipología del hogar y estructura parental identificable en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura presenta dos formas de describir los hogares con NNA en el DMQ. A la izquierda, según el tipo de hogar; y a la derecha, según la estructura parental que se pudo identificar.

Por otra parte, 157.285 hogares con NNA, correspondientes al 37,4%, tienen jefatura femenina. La jefatura se refiere a la persona que los integrantes del hogar reconocen como su principal referencia y no implica necesariamente que sea la única que aporta ingresos o toma decisiones. Esta proporción supera el 42% en algunas parroquias y alcanza su valor más alto en San José de Minas, con el 52,2%. Le siguen San Bartolo, con el 43,2%; Centro Histórico, con el 42,6%; La Libertad, con el 42,4%; y El Quinche, con el 42,1% (INEC, 2022).

La estructura de los hogares también presenta diferencias según el sexo de la persona reconocida como jefa. **Los hogares extensos representan el 24,8% de aquellos con jefatura femenina, frente al 18,2% de los encabezados por hombres** (INEC, 2022). Esta diferencia puede ser compatible con formas de convivencia orientadas a compartir gastos, tareas domésticas y responsabilidades de cuidado. Sin embargo, la información disponible no permite determinar por qué las familias viven juntas ni cómo se distribuyen estas tareas entre sus integrantes.

El parentesco de los NNA con la persona jefa del hogar permite observar con mayor claridad la convivencia entre generaciones. **En el DMQ, 67.906 niñas,**

Aproximadamente 1 de cada 6 menores de cinco años vive en un hogar encabezado por su abuela o abuelo

niños y adolescentes, equivalentes al 9,7%, son nietas o nietos de quien encabeza el hogar. Entre quienes tienen menos de cinco años, esta proporción aumenta al 15,4%, correspondiente a 23.997 niñas y niños. Esto significa que aproximadamente 1 de cada 6 menores de cinco años vive en un hogar encabezado por su abuela o abuelo (INEC, 2022).

Este resultado evidencia la presencia de las generaciones mayores en la organización familiar y su posible participación en el cuidado cotidiano de la primera infancia. No obstante, el parentesco por sí solo no permite conocer quién asume principalmente el cuidado, cuánto tiempo dedica a estas tareas ni cómo se reparten las responsabilidades dentro del hogar.

Finalmente, 34.358 hogares con NNA, equivalentes al 8,2%, son multigeneracionales. Esto significa que en un mismo hogar conviven al menos tres generaciones, conformadas por niñas, niños o adolescentes, personas adultas de 18 a 64 años y personas adultas mayores de 65 años o más. En términos más amplios, 35.586 hogares con NNA, correspondientes al 8,5%, tienen al menos una persona adulta mayor (INEC, 2022).

La convivencia entre generaciones puede brindar apoyo, pero también reunir varias necesidades de cuidado dentro de un mismo hogar

La convivencia entre generaciones puede fortalecer las redes familiares de apoyo, pero también puede concentrar distintas necesidades de cuidado en un mismo hogar. Por ello, las políticas dirigidas a la niñez, la adolescencia y las personas adultas mayores deben considerar que sus necesidades no siempre se presentan por separado, sino que con frecuencia se encuentran conectadas dentro de una misma familia.

3.8. Vivienda

3.8.1. Tenencia y calidad de la vivienda

La niñez y la adolescencia están presentes en casi la mitad de las viviendas habitadas del DMQ

En el DMQ existen 865.770 viviendas particulares con residentes. De ellas, 418.391, equivalentes al 48,3%, albergan al menos un hogar con niñas, niños o adolescentes (INEC, 2022). Esto significa que la niñez y la adolescencia están presentes en casi la mitad de las viviendas habitadas del distrito.

Esta cifra es ligeramente menor que los 420.539 hogares con NNA identificados anteriormente. La diferencia se explica porque vivienda y hogar no son conceptos equivalentes. **En una misma vivienda pueden convivir dos o más hogares que administran de manera independiente sus gastos y alimentación**. Por tanto, una vivienda puede contener más de un hogar con niñas, niños o adolescentes.

La tenencia de la vivienda permite conocer bajo qué modalidad un hogar ocupa la vivienda en la que reside. **Como se observa en la Figura 20, el arriendo es la forma de tenencia más frecuente entre los hogares con NNA y alcanza el 38,4%, equivalente a 161.691 hogares**. Además, 54.639 hogares, correspondientes al 13%, viven en una vivienda prestada o cedida sin pagar (INEC, 2022).

Al incluir las viviendas ocupadas a cambio de servicios, el 52% de los hogares con NNA no es propietario del lugar donde vive. En cambio, el 28,7% reside en una vivienda propia y completamente pagada (INEC, 2022). No ser propietario no implica necesariamente vivir en condiciones inadecuadas, pero puede influir en la estabilidad residencial, el presupuesto familiar y las posibilidades de realizar mejoras permanentes en la vivienda.

Las formas de tenencia varían entre las áreas urbanas y rurales. **En el área urbana, el 42,7% de los hogares con NNA arrienda su vivienda, frente al 30,8% en el área rural**. En las zonas rurales tienen mayor presencia otras modalidades, como las viviendas heredadas, en posesión o que todavía se están pagando (INEC, 2022). Estas diferencias muestran que el acceso a la vivienda sigue caminos distintos dentro del propio distrito.

> *La presencia de materiales duraderos no garantiza por sí sola condiciones adecuadas de habitabilidad*

Por otro lado, los materiales de construcción ofrecen otra aproximación a las condiciones habitacionales. La mayoría de las viviendas donde residen NNA cuenta con componentes considerados duraderos. El 79,6% tiene techo de hormigón y el 78,6% dispone de paredes de ladrillo o bloque (INEC, 2022). **Sin embargo, la presencia de materiales duraderos no garantiza por sí sola que una vivienda reúna todas las condiciones necesarias para ofrecer un alojamiento adecuado**.

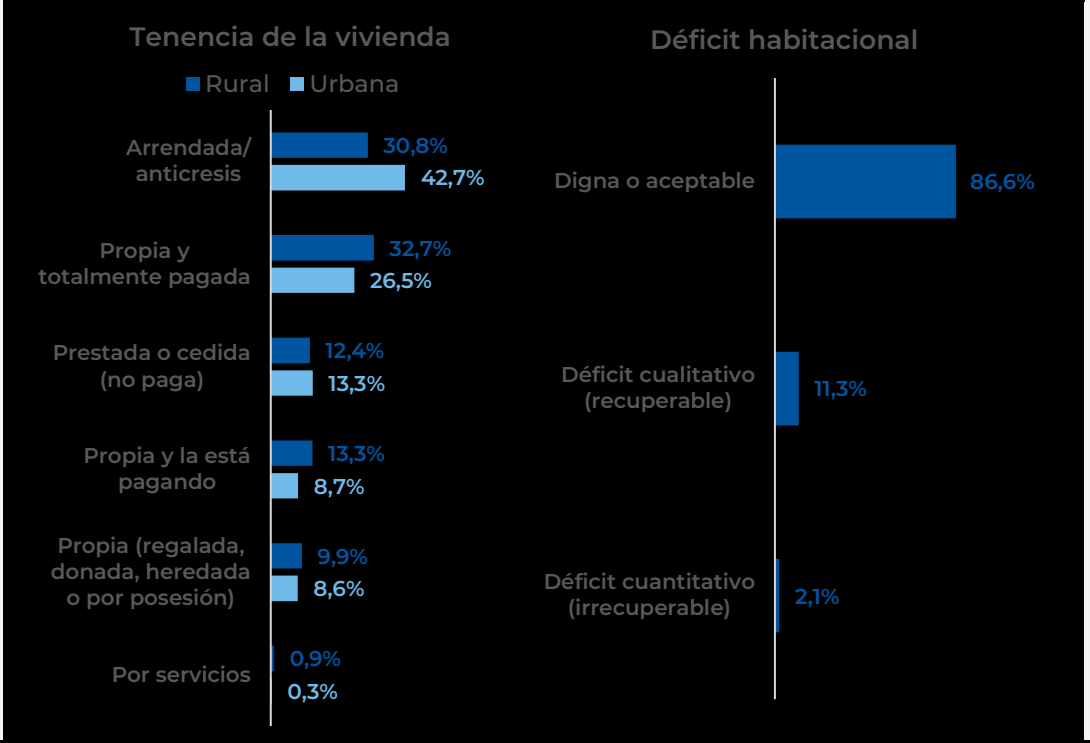
En el DMQ, 55.963 viviendas con NNA, equivalentes al 13,4%, presentan algún tipo de déficit habitacional. La mayor parte corresponde a un déficit cualitativo. Esta situación afecta a 47.284 viviendas, que representan el 11,3%, y se refiere a problemas que podrían corregirse mediante reparaciones, ampliaciones o mejoras en los materiales y servicios (INEC, 2022).

En **cambio, 8.679 viviendas, correspondientes al 2,1%, presentan déficit cuantitativo**. Sus condiciones se consideran irrecuperables, por lo que las familias necesitan acceder a otra vivienda. Aunque este grupo es menos numeroso, enfrenta una situación más compleja, pues una reparación no sería suficiente para garantizar condiciones adecuadas de habitabilidad (INEC, 2022).

Las respuestas públicas deben distinguir entre hogares que requieren apoyo para mejorar su vivienda y aquellos que necesitan acceder a una nueva. También deben considerar las condiciones particulares de quienes arriendan, viven en inmuebles prestados o dependen de otras modalidades de tenencia, ya que las necesidades habitacionales no se limitan únicamente a la calidad de los materiales.

Figura 20

Condiciones de la vivienda donde crecen los NNA del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). A la izquierda se muestra la tenencia de la vivienda, diferenciando entre área rural y urbana; a la derecha se presenta la situación de déficit habitacional.

3.8.2. Hacinamiento

El hacinamiento se presenta cuando el promedio supera las tres personas por dormitorio. **En el DMQ, esta situación afecta a 26.959 hogares con niñas, niños y adolescentes, equivalentes al 6,4% del total** (INEC, 2022). Sin embargo, este promedio general oculta diferencias importantes relacionadas con la cantidad de NNA que integra cada hogar y con el espacio disponible en la vivienda.

Como se observa en la Figura 21, entre los hogares con un solo NNA, el hacinamiento alcanza el 2%. **En cambio, afecta al 31,1% de los hogares en los que viven cuatro o más niñas, niños o adolescentes**. Esto significa que su presencia es más de quince veces mayor en este último grupo (INEC, 2022).

> ***El hacinamiento afecta al 31,1% de los hogares con cuatro o más NNA, más de quince veces la proporción registrada entre aquellos con uno solo***

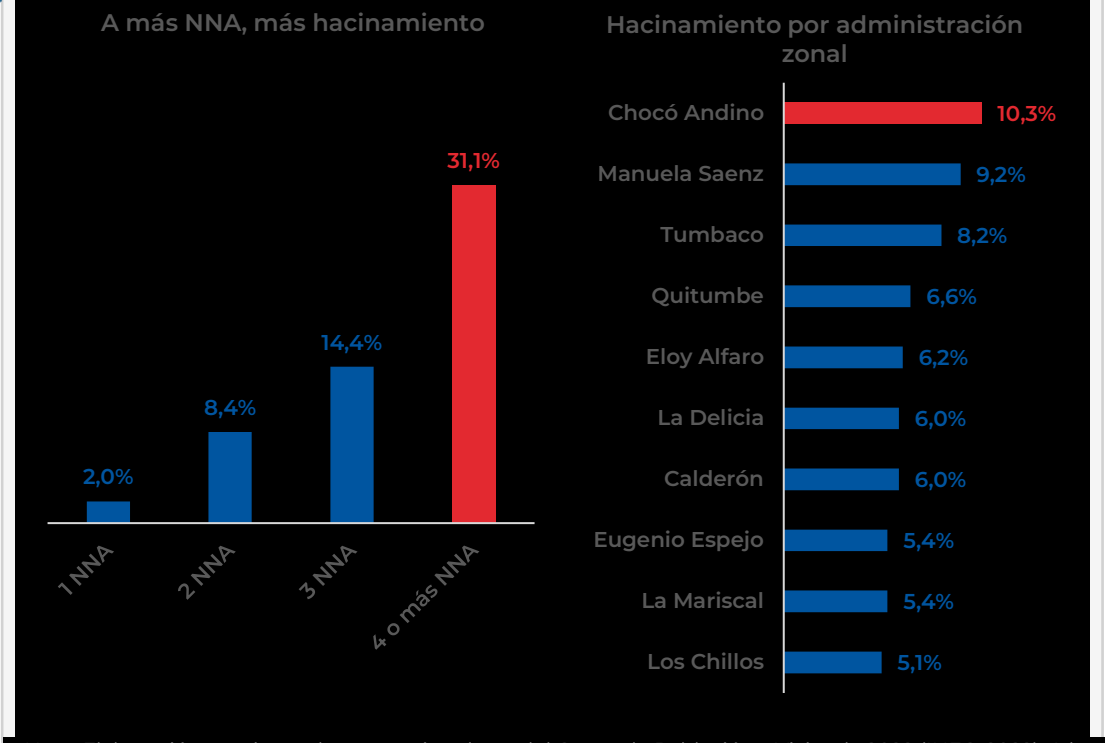
> ***El hacinamiento no depende únicamente del número de personas, sino de si la vivienda cuenta con dormitorios suficientes***

Esta diferencia no implica que el número de NNA sea, por sí solo, la causa del hacinamiento. **El problema aparece cuando el tamaño del hogar supera la capacidad de la vivienda para ofrecer suficientes dormitorios**. Por ello, dos hogares con el mismo número de integrantes pueden presentar condiciones distintas según la cantidad y distribución de los espacios disponibles.

La situación requiere especial atención durante la primera infancia. **Entre los hogares con al menos una niña o un niño menor de cinco años, el hacinamiento alcanza el 10,4%, lo que representa 14.536 hogares** (INEC, 2022). En esta etapa, disponer de espacios adecuados para dormir, descansar y jugar resulta especialmente importante para el bienestar y el desarrollo.

Figura 21

Hacinamiento en hogares con NNA en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). A la izquierda se compara el hacinamiento según la cantidad de NNA que viven en el hogar; a la derecha, según administración zonal.

Las diferencias también son visibles dentro del territorio. Las mayores proporciones de hacinamiento entre los hogares con NNA se registran en Centro Histórico, con el 17,2%; Nono, con el 17%; Lloa, con el 14,2%; La Libertad, con el 12,6%; y El Quinche, con el 12,5% (INEC, 2022). **Estos resultados muestran que el hacinamiento no se concentra exclusivamente en áreas urbanas o rurales, sino que afecta a territorios con características muy diferentes**.

Además, 55.023 hogares con NNA, equivalentes al 13,1%, disponen de un solo dormitorio o no cuentan con un espacio destinado exclusivamente para dormir (INEC, 2022). Esta condición no significa necesariamente que todos se encuentren hacinados, pues también depende del número de integrantes. No obstante, evidencia las limitaciones de espacio que enfrenta una parte importante de los hogares.

La situación presenta mayores dificultades cuando dos o más hogares comparten una misma vivienda. Esto ocurre en 5.001 viviendas del DMQ y significa que grupos que administran por separado sus gastos y alimentación residen bajo un mismo techo. **En estas viviendas, el hacinamiento alcanza el 19,4%, frente al 6,2% de aquellas ocupadas por un solo hogar** (INEC, 2022).

Las diferencias se extienden a otras condiciones habitacionales. En las viviendas compartidas por varios hogares, el déficit habitacional llega al 25,3%, mientras que en aquellas ocupadas por uno solo representa el 13,2%. La falta de acceso a internet también es casi dos veces más frecuente (INEC, 2022). **La combinación de estos resultados muestra que compartir una vivienda puede estar asociado con varias formas de precariedad residencial**.

Esta convivencia no debe interpretarse automáticamente como una situación negativa. En algunos casos puede responder a decisiones familiares y facilitar el cuidado, el acompañamiento o la distribución de gastos. Sin embargo, **cuando compartir la vivienda coincide con hacinamiento, déficit habitacional y falta de conectividad, puede reflejar dificultades para acceder a un espacio independiente, suficiente y adecuado**.

Frente a esta realidad, las respuestas públicas deben ir más allá de contar dormitorios. También deben considerar el tamaño y la composición de los hogares, la presencia de niñas y niños pequeños, las desigualdades territoriales y la convivencia de varios hogares en una misma vivienda.

3.8.3. Servicios y equipamiento

La mayoría de las viviendas donde residen niñas, niños y adolescentes cuenta con acceso a los principales servicios básicos. El 94,4% recibe agua mediante tubería dentro de la vivienda y, en el 95,9%, esta proviene de la red pública. Además, el 94,1% dispone de un inodoro conectado al alcantarillado, el 99,7% tiene electricidad de la red pública y el 98,4% elimina la basura mediante un carro recolector o un contenedor municipal (INEC, 2022).

> *Las altas coberturas de servicios básicos no deben ocultar a los miles de hogares que todavía enfrentan carencias esenciales*

Estas coberturas muestran una amplia extensión de los servicios públicos en el DMQ. **Sin embargo, los porcentajes elevados no significan que las carencias hayan desaparecido**. En términos absolutos, 4.030 viviendas reciben el agua por tubería fuera del edificio, lote o terreno, o no la reciben por tubería y se abastecen por otros medios; 3.320 descargan las aguas residuales directamente en un río o una quebrada; y 975 no cuentan con servicio higiénico (INEC, 2022).

A estas limitaciones se suman otras relacionadas con la habitabilidad. **Un total de 18.807 hogares con NNA no tiene una ducha de uso exclusivo y 25.542 carecen de un espacio destinado únicamente a cocinar** (INEC, 2022). Aunque estas condiciones no corresponden estrictamente a la cobertura de servicios básicos, pueden afectar la higiene, la preparación segura de alimentos y la organización cotidiana de las familias.

Los hogares también adoptan distintas prácticas antes de consumir el agua. El 49,1% la bebe tal como llega a la vivienda, mientras que el 27,9% la hierve y el 17,2% compra agua envasada (INEC, 2022). **La compra permanente de agua puede representar una carga adicional para el presupuesto familiar, especialmente en los hogares con menores ingresos o con varios integrantes**. Estos datos, sin embargo, muestran la forma de consumo y no permiten determinar por sí solos la calidad o seguridad del agua disponible.

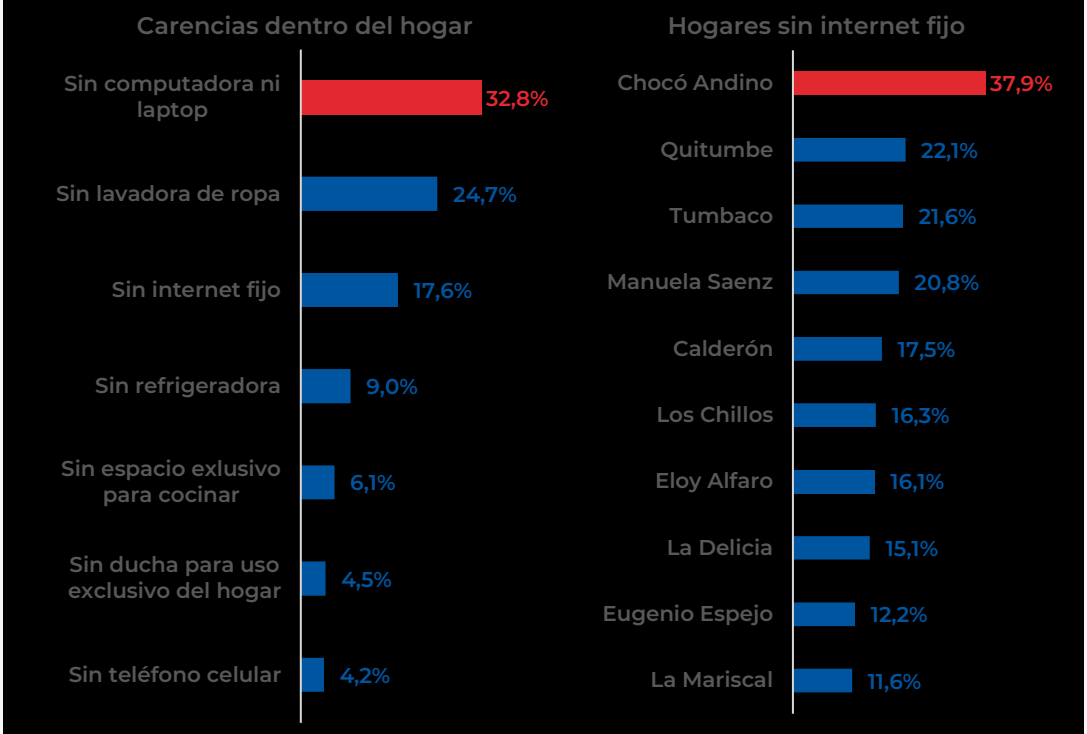
Sin embargo, las carencias relacionadas con el agua, el saneamiento y la electricidad afectan a una proporción relativamente pequeña de los hogares con NNA. La brecha más extendida se encuentra actualmente en el acceso a computadoras e internet fijo, recursos que se han vuelto importantes para estudiar, comunicarse, realizar trámites y acceder a información.

Aproximadamente 1 de cada 3 hogares con NNA no dispone de computadora ni laptop

Como se observa en la Figura 22, en el DMQ, 137.841 hogares con NNA, equivalentes al 32,8%, no disponen de computadora ni laptop. Además, 74.084 hogares, correspondientes al 17,6%, no cuentan con internet fijo (INEC, 2022). Esto significa que aproximadamente 1 de cada 3 hogares carece de una computadora y casi 1 de cada 5 no tiene conexión fija a internet. La ausencia de internet fijo no implica necesariamente una desconexión total, pues algunos hogares pueden utilizar datos móviles. No obstante, este indicador tampoco permite conocer la velocidad, estabilidad o costo de la conexión disponible.

Figura 22

Brecha de servicios básicos en hogares con NNA del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La figura muestra carencias en los hogares con NNA del DMQ y, de manera específica, la falta de internet fijo por administración zonal.

La falta de internet fijo presenta marcadas diferencias territoriales. Entre las administraciones zonales, las mayores proporciones se registran en Chocó Andino, con el 37,9%; Quitumbe, con el 22,1%; Tumbaco, con el 21,6%; y Manuela Sáenz, con el 20,8% (INEC, 2022).

La desigualdad es todavía más visible a escala parroquial. **Las proporciones más altas se concentran principalmente en el noroccidente rural**, donde el 57,1% de los

hogares con NNA de Gualea no tiene internet fijo. Le siguen Pacto, con el 48,2%; Lloa, con el 37,8%; y Nanegal, con el 37,5% (INEC, 2022). En estos territorios, las condiciones geográficas y la dispersión de la población pueden plantear mayores desafíos para ampliar la infraestructura y garantizar conexiones estables.

Quitumbe requiere una atención particular porque combina la intensidad y la magnitud de la brecha. **Además de presentar una proporción de hogares sin internet fijo superior al promedio del DMQ, concentra el mayor número de hogares con NNA**. En términos absolutos, 17.305 hogares de esta zona no disponen de este servicio (INEC, 2022).

Estos resultados muestran que la brecha digital tiene expresiones diferentes dentro del distrito. En varias parroquias rurales afecta a una proporción muy elevada de hogares, mientras que en zonas urbanas como Quitumbe alcanza a una gran cantidad de familias. **Ampliar la conectividad, facilitar el acceso a computadoras y mejorar la calidad de las conexiones resulta fundamental para reducir desigualdades educativas y sociales**.

3.9. Pobreza en la niñez y adolescencia

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) identifica a las personas que viven en hogares con al menos una carencia vinculada con condiciones esenciales de bienestar, como la calidad de la vivienda, el hacinamiento, el acceso a servicios básicos, la educación o la capacidad económica del hogar.

En el DMQ, la pobreza por NBI afecta con mayor intensidad a niñas, niños y adolescentes. **El 19,5% de las niñas y niños de 0 a 11 años se encuentra en esta situación, proporción que disminuye al 16,6% entre adolescentes de 12 a 17 años**. Estos valores son superiores a los observados entre jóvenes y población adulta, lo que muestra que las carencias materiales y de acceso a condiciones básicas se concentran especialmente durante la niñez y la adolescencia. En términos sencillos, cerca de 1 de cada 5 niñas y niños y 1 de cada 6 adolescentes vive en condiciones de pobreza por NBI (INEC, 2022).

3.10. Proyecciones y tendencias demográficas

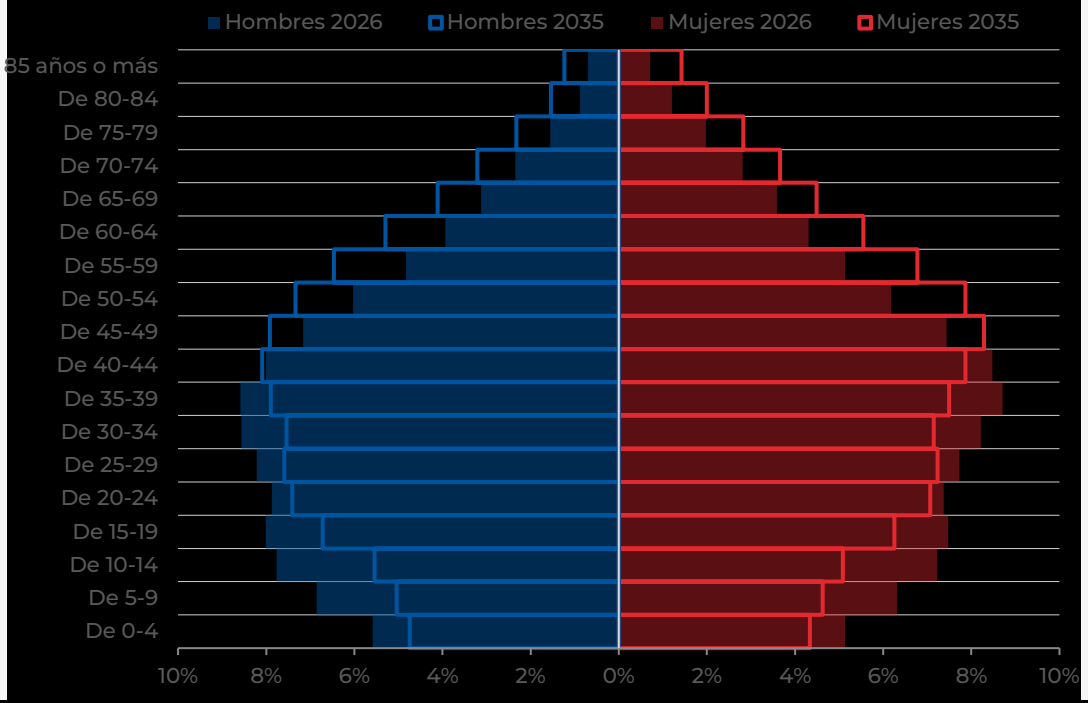
La población del DMQ avanzará hacia una estructura de mayor edad durante los próximos años. De acuerdo con la Figura 23, en 2035 las nuevas generaciones representarían una parte menor de la población, mientras que aumentaría la participación de las personas adultas y adultas mayores.

Este cambio se observa con claridad en la base de la pirámide poblacional. Entre 2026 y 2035, el grupo de 0 a 4 años disminuiría del 5,1% al 4,3% entre las mujeres y del 5,6% al 4,7% entre los hombres. La reducción continuaría en los grupos de 5 a 9 y de 10 a 14 años. Esto significa que las niñas y los niños tendrían un peso menor dentro de la población futura del distrito. La disminución también alcanzaría a los grupos de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, las mujeres de 15 a 19 años pasarían del 7,5% al 6,3%, mientras que los hombres de esa edad disminuirían del 8,0% al 6,7%. Una tendencia semejante aparece entre las personas de 20 a 39 años, aunque con intensidades diferentes (INEC, 2024b).

En conjunto, las personas de 0 a 19 años representarían el 26,1% de las mujeres en 2026, pero el 20,3% en 2035. Entre los hombres, la proporción se reduciría del 28,3% al 21,9%. Aunque este grupo incluye a personas de 18 y 19 años, la comparación permite observar con claridad la pérdida de peso de la población infantil, adolescente y joven (INEC, 2024b).

Figura 23

Pirámide poblacional del DMQ, 2026 y 2035 (proyecciones)



Nota. Elaboración propia con base en Estimaciones y Proyecciones de Población del Cantón Quito (INEC, 2024b). La figura compara la estructura de la población del DMQ proyectada para 2026 y 2035, según sexo y grupos de edad. Las barras de la izquierda corresponden a los hombres y las de la derecha a las mujeres. Las barras de color sólido muestran la estructura poblacional estimada para 2026; las barras con contorno muestran la proyectada para 2035.

4. Salud, nutrición y condiciones de vida

4.1. Crecer con salud: atención, prevención y nutrición

4.1.1. Consulta externa

La atención de salud durante los primeros años de vida no comienza únicamente cuando aparece una enfermedad. **Muchas consultas sirven para acompañar el crecimiento, orientar a las familias y detectar a tiempo posibles dificultades**. Esta característica se observa con claridad en la Figura 24, que presenta los principales motivos de consulta externa de las niñas y los niños de 0 a 5 años en el DMQ durante 2024.

La orientación y el control de la dieta ocupan el primer lugar, y representan el 26,0% de las consultas de las niñas y el 23,4% de las de los niños. **En otras palabras, cerca de 1 de cada 4 atenciones estuvo relacionada con la alimentación**. Le sigue el control rutinario de la salud infantil, que comprende revisiones periódicas para observar el peso, la talla, el desarrollo y el estado general de salud, con el 16,1% entre las niñas y el 15,5% entre los niños (MSP, 2024a).

> *Cerca de 4 de cada 10 consultas durante la primera infancia estuvieron relacionadas con la alimentación y el control preventivo de la salud*

Al sumar estos dos motivos, se encuentra que concentraron el 42,1% de las consultas de las niñas y el 38,9% de las de los niños. Esto significa que alrededor de 4 de cada 10 atenciones estuvieron vinculadas con el seguimiento del crecimiento y el cuidado preventivo, y no necesariamente con una enfermedad (MSP, 2024a). **Los servicios de consulta externa cumplen, por tanto, un papel fundamental para identificar riesgos antes de que se conviertan en problemas más graves**.

Junto con estas atenciones aparecen enfermedades comunes durante la primera infancia. El resfriado común representó el 5,5% de las consultas de las niñas y el 5,3% de las de los niños. También se registraron atenciones por faringitis aguda, anemia por falta de hierro y problemas de salud bucal, como las caries (MSP, 2024a). La presencia de exámenes dentales entre los principales motivos recuerda que el cuidado de los dientes debe comenzar desde edades tempranas.

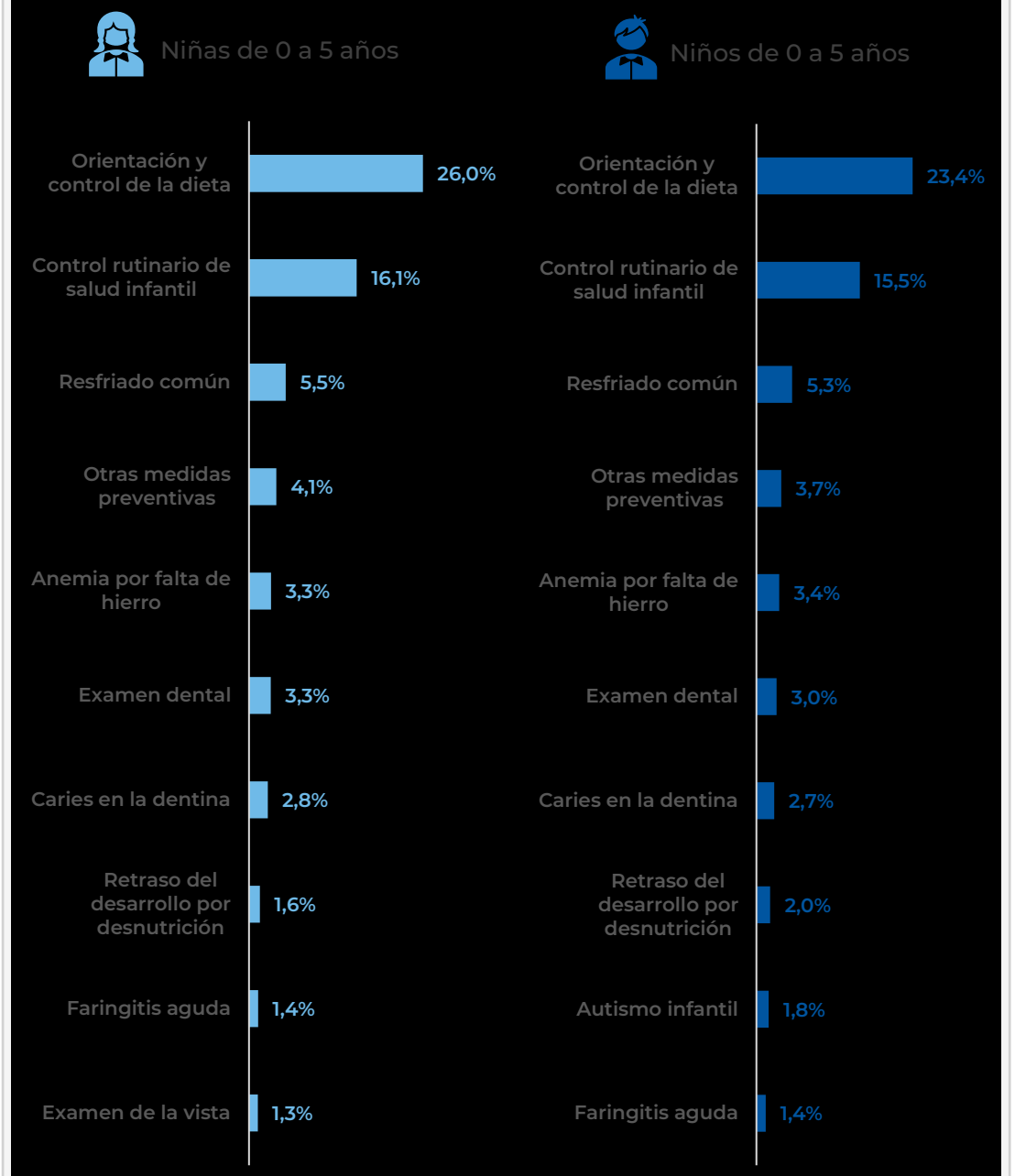
Las diferencias entre niñas y niños son, en general, pequeñas. El retraso del desarrollo relacionado con la desnutrición representó el 1,6% de las consultas de las niñas y el 2,0% de las de los niños. Por otra parte, el examen de la vista apareció entre los diez principales motivos de atención de las niñas, mientras que el autismo infantil figuró en las diez principales causas de consulta externa en los niños (MSP, 2024a). Esto no quiere decir que una condición se presente únicamente en uno de los dos grupos. Indica solamente que, debido al número de consultas registradas, cada motivo alcanzó a ubicarse entre los diez más frecuentes de su respectiva clasificación.

Es importante recordar que la figura contabiliza consultas y no personas. Una misma niña o un mismo niño pudo acudir varias veces al servicio de salud durante el año. Por ello, los porcentajes permiten conocer qué atenciones fueron más frecuentes, pero no muestran cuántas niñas y niños del DMQ presentaron cada condición. **Esta primera mirada refleja las necesidades propias de la primera infancia; conforme**

aumenta la edad, los motivos de consulta comienzan a cambiar y aparecen otras formas de cuidado relacionadas con nuevas etapas del crecimiento.

Figura 24

Diez principales causas de consulta externa en niñas y niños de 0 a 5 años del DMQ de acuerdo con el sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base microdatos de Consulta Externa (MSP, 2024a). La unidad de análisis es la consulta externa (atención registrada), por lo que una misma persona puede generar varias consultas, por consiguiente el dato no equivale a número de personas. Las barras celestes corresponden a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de consultas externas de niñas (172.443) y de niños (193.060) del grupo de edad analizado.

Al llegar a la edad escolar, las necesidades de salud comienzan a cambiar. **La alimentación y el seguimiento del crecimiento siguen siendo importantes, pero cobran mayor presencia otros cuidados, especialmente la prevención y la salud**

bucal. Esta transición se observa en la Figura 25, que presenta los principales motivos de consulta externa de las niñas y los niños de 6 a 11 años en el DMQ durante 2024.

Las denominadas "otras medidas preventivas" ocuparon el primer lugar, con el 16,1% de las consultas de las niñas y el 14,5% de las de los niños. Esta categoría reúne atenciones destinadas a prevenir enfermedades o detectar riesgos antes de que produzcan complicaciones (MSP, 2024a). Su ubicación en el primer puesto confirma que una parte importante de la atención durante esta etapa ocurrió antes de que existiera un problema grave de salud.

La orientación y el control de la dieta se mantuvieron en segundo lugar, con el 11,0% entre las niñas y el 10,4% entre los niños (MSP, 2024a). En comparación con la primera infancia, estas consultas tienen un peso menor dentro del total, pero continúan siendo relevantes. Durante los años escolares, una alimentación adecuada favorece el crecimiento, el aprendizaje y la energía necesaria para realizar actividades físicas y participar en la vida cotidiana.

Uno de los cambios más visibles es la mayor presencia de la salud bucal. Las consultas por caries en la dentina y los exámenes dentales representaron, sumadas, el 15,9% de las atenciones de las niñas y el 15,1% de las de los niños. Es decir, aproximadamente 1 de cada 6 consultas estuvo relacionada con los dientes (MSP, 2024a). La caries en la dentina ocurre cuando el daño atraviesa la parte más superficial del diente y alcanza una capa interna, por lo que requiere atención para evitar dolor, infecciones o lesiones más profundas.

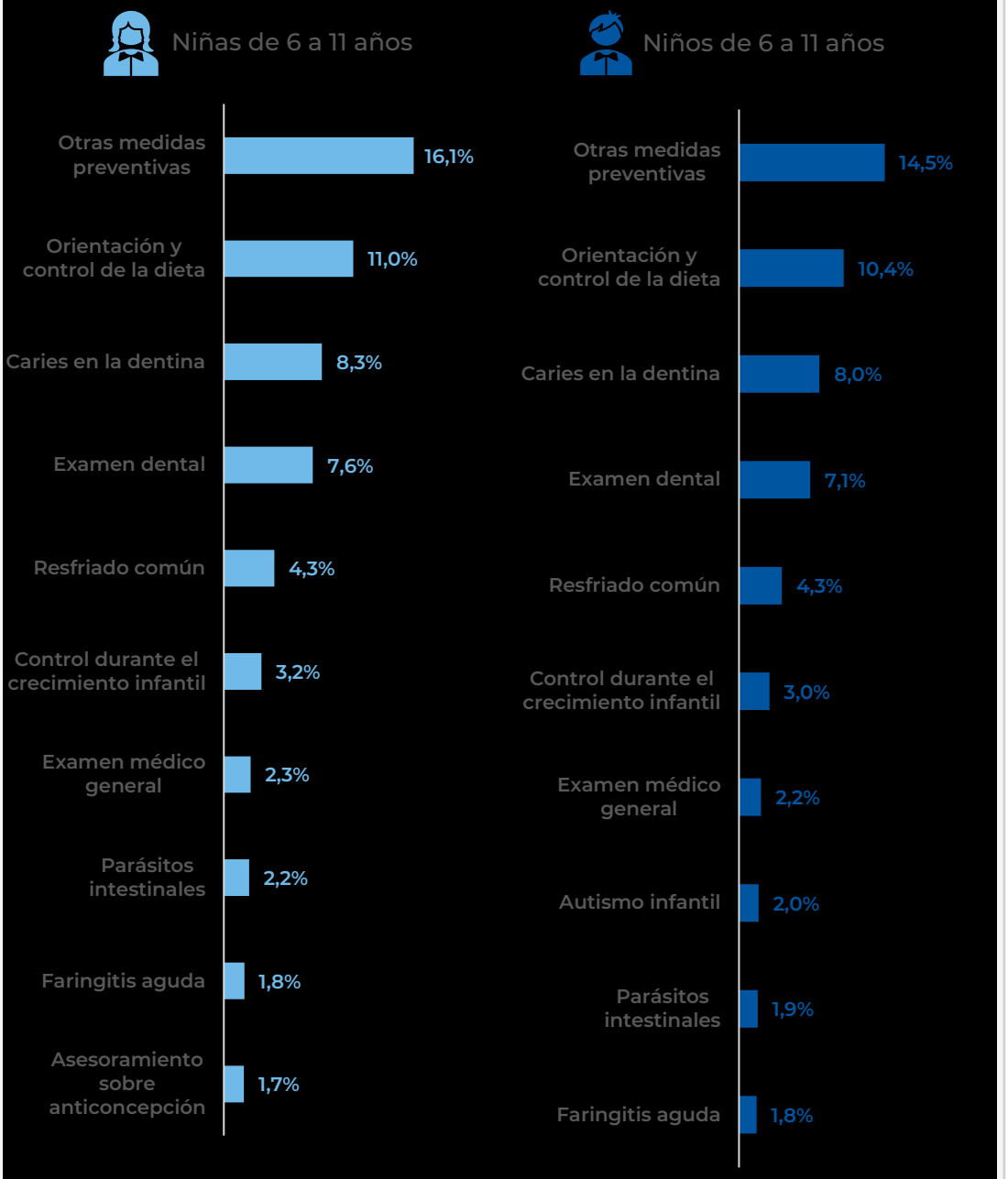
También aparecen problemas frecuentes como el resfriado común, con el 4,3% en ambos grupos, y la faringitis aguda, con el 1,8%. A estos se suman los controles del crecimiento, los exámenes médicos generales y las consultas por parásitos intestinales (MSP, 2024a). Aunque cada uno representa una proporción menor, pueden afectar el bienestar diario, la alimentación, la asistencia a clases y la capacidad para concentrarse.

> *En la edad escolar, la prevención continúa ocupando el primer lugar y cerca de una de cada seis consultas está relacionada con la salud bucal*

El perfil de consultas externas es muy parecido entre niñas y niños, pues 9 de los 10 principales motivos coinciden y las diferencias porcentuales son pequeñas. La variación aparece al final de cada lista de diez principales causas de consulta externa. Entre las niñas figura el asesoramiento sobre anticoncepción, con el 1,7%, mientras que entre los niños aparece el autismo infantil, con el 2,0% (MSP, 2024a). La primera categoría puede incluir información preventiva y orientación en salud sexual, por lo que no debe interpretarse automáticamente como evidencia de actividad sexual. Del mismo modo, que el autismo se encuentre únicamente en la lista de los niños no significa que no existan consultas de niñas por esta condición, sino que solamente entre ellos alcanzó una proporción suficiente para ubicarse entre las diez causas más frecuentes.

Figura 25

Diez principales causas de consulta externa en niñas y niños de 6 a 11 años del DMQ, de acuerdo con el sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de Consulta Externa (MSP, 2024a). La unidad de análisis es la consulta externa (atención registrada), por lo que una misma persona puede generar varias consultas; por ello, el dato no equivale al número de personas. Las barras celestes corresponden a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de consultas externas de niñas (75.321) y de niños (80.782) del grupo de edad analizado.

Así, al avanzar desde la primera infancia hacia la edad escolar, la consulta externa conserva su función preventiva, pero amplía su atención hacia necesidades que adquieren mayor importancia en esta etapa, como el cuidado dental y el acompañamiento de los cambios previos a la adolescencia.

A medida que las niñas y los niños se acercan a la adolescencia, sus necesidades de salud se vuelven más diversas. **A los controles preventivos, la alimentación y el**

cuidado dental se suman consultas vinculadas con la pubertad, la salud sexual y reproductiva, el bienestar emocional y la toma de decisiones. Este cambio se refleja en la Figura 26, que presenta los principales motivos de consulta externa de adolescentes de 12 a 17 años en el DMQ durante 2024.

Entre las adolescentes mujeres, el asesoramiento sobre anticoncepción ocupó el primer lugar, con el 8,0% de las consultas. Entre los hombres también apareció entre las causas principales, aunque con una proporción menor, del 5,5% (MSP, 2024a). Estas atenciones pueden incluir información sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, uso responsable de los métodos y decisiones relacionadas con el cuidado del propio cuerpo. **El resultado muestra que la salud sexual forma parte de las necesidades de atención durante esta etapa y que su abordaje debe involucrar tanto a mujeres como a hombres, sin prejuicios ni discriminación**.

> *En la adolescencia, la atención de salud se diversifica y adquieren mayor importancia la salud sexual y reproductiva, sin dejar de lado la alimentación y el cuidado dental*

La alimentación continuó teniendo un lugar importante, como ya se observó en los grupos de menor edad. La orientación y el control de la dieta fueron el principal motivo de consulta entre los hombres, con el 8,1%, y el segundo entre las mujeres, con el 7,3% (MSP, 2024a). Durante la adolescencia, el cuerpo atraviesa cambios rápidos y necesita suficientes nutrientes para crecer. Sin embargo, también pueden surgir preocupaciones relacionadas con la imagen corporal, dietas poco equilibradas o hábitos alimentarios que requieren orientación profesional.

La salud bucal tampoco pierde importancia al avanzar hacia esta etapa. Las consultas por caries en la dentina y los exámenes dentales representaron, sumadas, el 10,4% de las atenciones de las mujeres y el 11,2% de las de los hombres. **Esto significa que alrededor de 1 de cada 10 consultas estuvo relacionada con el cuidado de los dientes** (MSP, 2024a).

Otros motivos muestran que la consulta externa también acompaña los cambios propios de la pubertad. Las medidas preventivas y la evaluación del desarrollo adolescente aparecen entre las principales atenciones de ambos grupos. A ellas se suman los exámenes médicos generales y enfermedades frecuentes como el resfriado común y la faringitis aguda. En el caso de los hombres también figuran las consultas por parásitos intestinales (MSP, 2024a).

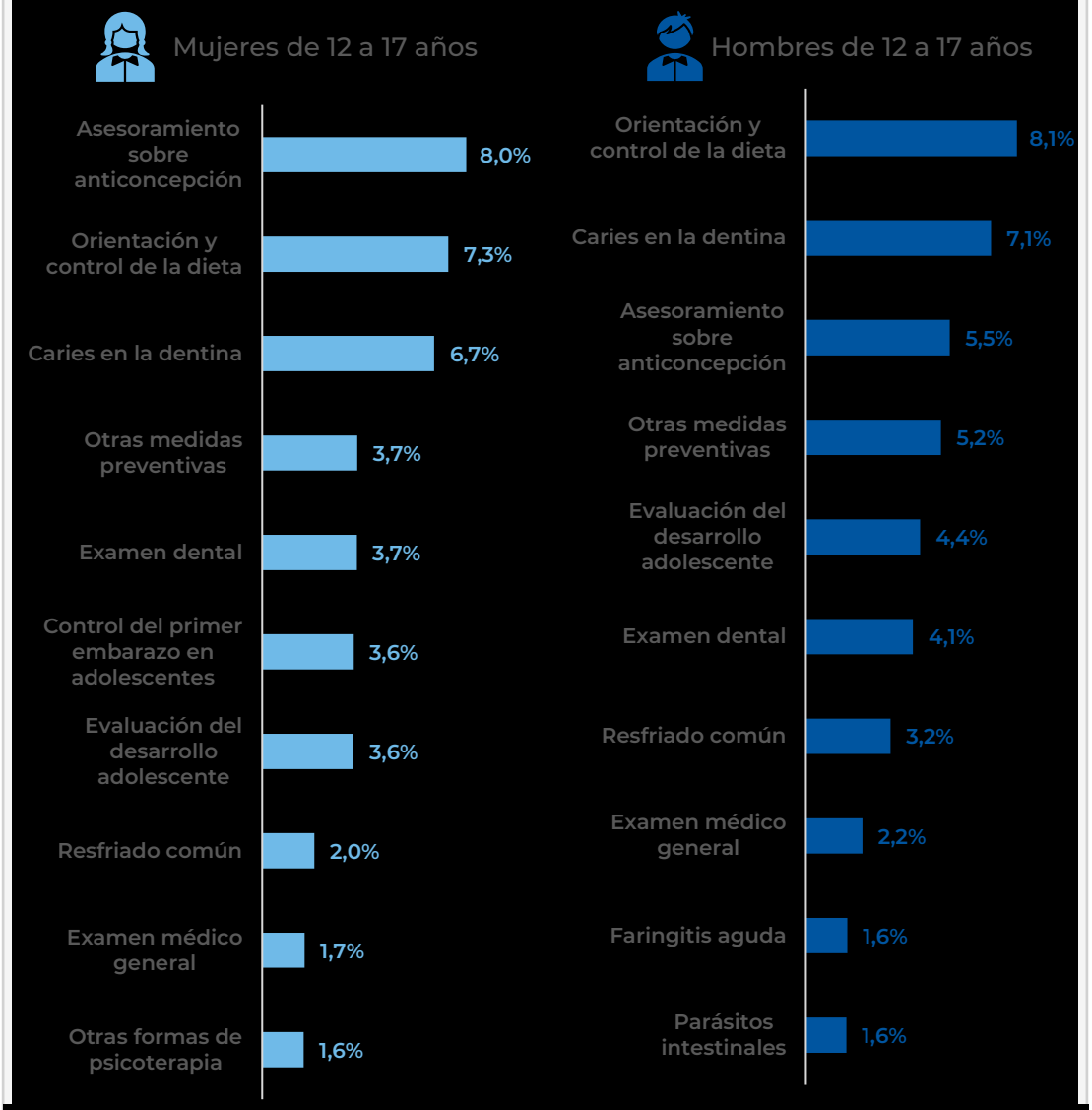
Entre las adolescentes mujeres, el control del primer embarazo representó el 3,6% de las consultas (MSP, 2024a). Este porcentaje no indica que el 3,6% de todas las adolescentes del DMQ haya estado embarazada, porque la figura contabiliza atenciones y una misma persona pudo acudir varias veces a controles prenatales durante el año. **Aun así, su presencia entre los diez principales motivos confirma que los servicios de salud atienden embarazos en esta etapa**.

La psicoterapia también ingresó entre las principales consultas de las mujeres, con el 1,6% (MSP, 2024a). Aunque representa una proporción pequeña, su aparición muestra que el cuidado de la salud adolescente no se limita al cuerpo. Las presiones escolares, los conflictos familiares, la violencia, el acoso, la discriminación o los cambios

emocionales pueden generar malestar y hacer necesario el apoyo profesional. Que la psicoterapia no aparezca entre las diez causas principales de los hombres no significa que ellos no necesiten atención psicológica; también puede reflejar diferencias en la búsqueda de ayuda, en la derivación a los servicios o en la forma en que expresan su malestar.

Figura 26

Diez principales causas de consulta externa en adolescentes de 12 a 17 años del DMQ, según sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base microdatos de Consulta Externa (MSP, 2024a). La unidad de análisis es la consulta externa (atención registrada), por lo que una misma persona puede generar varias consultas; por ello, el dato no equivale al número de personas. Las barras celestes corresponden a las mujeres y las barras azules oscuras, a los hombres; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de consultas externas de mujeres (84.535) y de hombres (51.681) del grupo de edad analizado.

Las adolescentes mujeres generaron cerca del 62% de las consultas registradas en este grupo de edad (MSP, 2024a). Esta diferencia no permite afirmar que tengan un peor estado de salud. Parte de ella podría relacionarse con una mayor utilización de los servicios y con atenciones específicas de salud sexual, reproductiva y materna. **En conjunto, la transición entre las Figuras 24, 25 y 26 muestra que la consulta**

externa cambia junto con el crecimiento; comienza concentrada en la alimentación y los controles infantiles, incorpora con mayor fuerza la salud bucal durante la edad escolar y, en la adolescencia, se amplía hacia necesidades físicas, sexuales, reproductivas y emocionales.

4.1.2. Egresos hospitalarios

La consulta externa permite prevenir enfermedades y atender problemas que no requieren internación. Sin embargo, cuando una condición necesita vigilancia continua, tratamiento especializado o cuidados que no pueden brindarse en el hogar, puede ser necesario ingresar a un hospital. La Figura 27 muestra cuáles fueron las principales causas de egreso hospitalario entre las niñas y los niños de 0 a 5 años en el DMQ durante 2024.

> *Más de 1 de cada 4 egresos hospitalarios en la primera infancia estuvo relacionado con gripe y neumonía*

El resultado más sobresaliente es el peso de las enfermedades respiratorias. **La gripe y la neumonía representaron el 28,2% de los egresos de las niñas y el 27,3% de los niños**. **Esto significa que más de 1 de cada 4 egresos hospitalarios estuvo relacionado con estas afecciones**. A estas enfermedades se suman otras infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores. Su presencia en ambos listados confirma que los problemas respiratorios ocupan un lugar central entre las hospitalizaciones infantiles (INEC, 2024d). La vacunación, la atención médica temprana y el reconocimiento de señales de alarma pueden ayudar a evitar complicaciones.

Una parte importante de los egresos también estuvo relacionada con condiciones originadas durante el embarazo, el parto o las primeras semanas después del nacimiento. Las complicaciones del trabajo de parto y del parto ocuparon el segundo lugar, con el 12,1% entre las niñas y el 13,6% entre los niños. También aparecen los trastornos de la sangre del recién nacido, las infecciones del periodo perinatal y los problemas relacionados con la duración del embarazo y el crecimiento del bebé antes de nacer. Sumadas, estas tres categorías representaron el 17,0% de los egresos de las niñas y el 16,4% de los niños (INEC, 2024d).

Las infecciones intestinales también tuvieron una presencia importante: representaron el 6,0% de los egresos de las niñas y el 6,6% de los niños (INEC, 2024d). Estas enfermedades pueden causar diarrea, vómito y pérdida de líquidos. En niñas y niños pequeños, la deshidratación puede avanzar rápidamente, por lo que es importante garantizar agua segura, higiene de manos, adecuada preparación de los alimentos y atención oportuna ante signos de alarma.

Algunas causas de egreso hospitalario aparecen únicamente entre las diez principales correspondientes a las niñas o a los niños. Entre las niñas se encuentran otras enfermedades del sistema urinario e infecciones de la piel y del tejido subcutáneo. Entre los niños figuran las malformaciones congénitas de los órganos genitales, algunos trastornos relacionados con el embarazo y el parto, y las lesiones en la cabeza (INEC, 2024d). Esto no significa que estas condiciones sean exclusivas de un sexo, sino que solo en ese grupo alcanzaron una proporción suficiente para ubicarse entre las diez causas más frecuentes.

Las diez causas presentadas concentraron el 74,6% de los egresos de las niñas y el 73,5% de los niños; es decir, cerca de tres de cada cuatro hospitalizaciones. Durante el año se registraron 10.529 egresos de niñas y 11.984 de niños (INEC, 2024d).

Figura 27

Diez principales causas de egreso hospitalario en niñas y niños de 0 a 5 años del DMQ, según sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024d). La unidad de análisis es el paciente egresado (egreso hospitalario), es decir, eventos que requirieron hospitalización. Las barras celestes corresponden a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de egresos hospitalarios de niñas (10.529) y de niños (11.984) del grupo de edad analizado.

> *En la edad escolar, la gripe y la neumonía siguen causando cerca de 1 de cada 4 egresos, mientras aumentan las hospitalizaciones por enfermedades del apéndice y lesiones*

Al avanzar hacia la edad escolar, el perfil de las hospitalizaciones comienza a transformarse. **Las condiciones relacionadas con el nacimiento, que tenían una presencia importante durante la primera infancia, dejan de aparecer entre las causas principales. En su lugar, adquieren mayor relevancia las enfermedades del apéndice, las infecciones y las lesiones**. Este cambio puede observarse en la Figura 28, que presenta los principales motivos de egreso hospitalario de niñas y niños de 6 a 11 años en el DMQ durante 2024.

Las enfermedades respiratorias continúan encabezando los registros. La gripe y la neumonía representaron el 25,2% de los egresos de las niñas y el 23,4% de los niños. En términos sencillos, aproximadamente 1 de cada 4 egresos hospitalarios estuvo relacionado con estas afecciones. Aunque su participación es ligeramente menor que entre los menores de 6 años, siguen siendo la causa más frecuente de hospitalización durante la edad escolar (INEC, 2024d).

En el segundo lugar aparecen las enfermedades del apéndice, con el 9,8% de los egresos de las niñas y el 12,2% de los niños. Dentro de esta categoría se encuentra la apendicitis, una inflamación que suele provocar dolor abdominal intenso y que, en algunos casos, requiere una intervención quirúrgica urgente. Su importancia aumenta claramente en este grupo de edad, hasta representar cerca de 1 de cada 8 egresos entre los niños (INEC, 2024d).

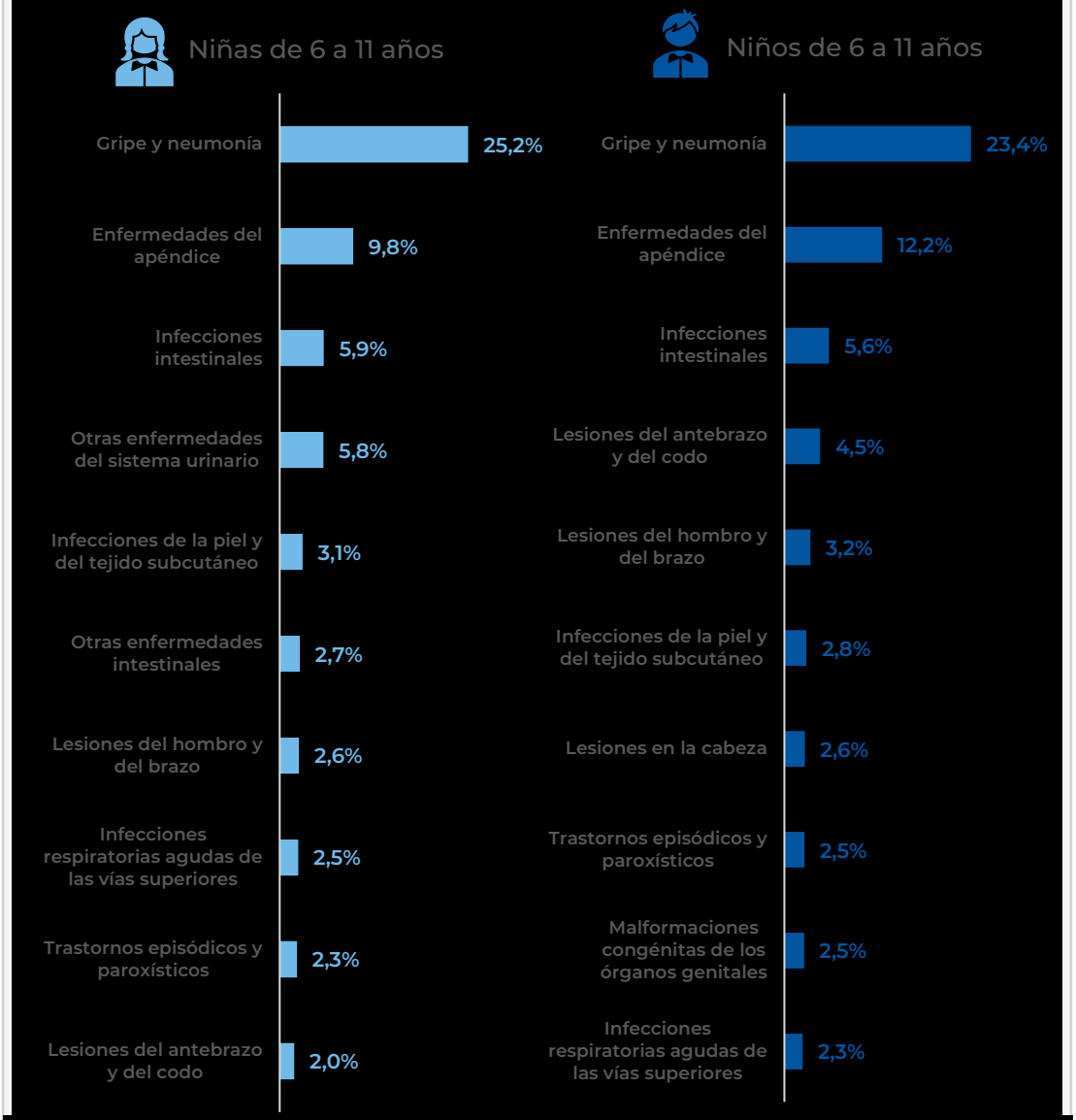
Las infecciones intestinales ocuparon el tercer lugar en ambos grupos, con porcentajes muy similares: 5,9% entre las niñas y 5,6% entre los niños. Estas enfermedades pueden causar diarrea, vómito, dolor abdominal y deshidratación. **Uno de los cambios más visibles respecto de la primera infancia es el mayor peso de las lesiones, especialmente entre los niños**. Las hospitalizaciones por traumatismos del antebrazo y el codo, el hombro y el brazo, y la cabeza concentraron el 10,3% de sus egresos. Entre las niñas, las lesiones del hombro y el brazo, junto con las del antebrazo y el codo, representaron el 4,6% (INEC, 2024d).

También aparecen las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, así como otras infecciones respiratorias agudas de las vías superiores. Entre las niñas se registran además otras enfermedades del sistema urinario y otras enfermedades intestinales. Entre los niños figuran los trastornos episódicos y paroxísticos —una categoría que agrupa condiciones que se presentan mediante episodios o crisis— y las malformaciones congénitas de los órganos genitales (INEC, 2024d).

Las diez categorías presentadas concentraron el 61,9% de los egresos de las niñas y el 61,6% de los niños. Durante 2024 se registraron 3.634 egresos hospitalarios de niñas y 4.188 de niños (INEC, 2024d). La diferencia de 554 eventos no demuestra por sí sola que los niños tengan un peor estado de salud, pero coincide con la mayor presencia que tuvieron las lesiones dentro de sus principales causas de hospitalización.

Figura 28

Diez principales causas de egreso hospitalario en niñas y niños de 6 a 11 años del DMQ, según sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024d). La unidad de análisis es el paciente egresado (egreso hospitalario), es decir, eventos que requirieron hospitalización. Las barras celestes corresponden a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de egresos hospitalarios de niñas (3.634) y de niños (4.188) del grupo de edad analizado.

3 de cada 10 egresos de las adolescentes mujeres estuvieron relacionados con el embarazo y el parto, mientras que entre los hombres destacaron las enfermedades del apéndice y las lesiones

La adolescencia marca un cambio claro en las causas que requieren hospitalización. **Las enfermedades respiratorias, que encabezaban los egresos durante la infancia, pierden protagonismo y aparecen con mayor fuerza las enfermedades del apéndice, las lesiones, los problemas de salud mental y las atenciones vinculadas con el embarazo y el parto**. Esta transformación se observa en la Figura 29, correspondiente a adolescentes de 12 a 17 años en el DMQ durante 2024.

Las enfermedades del apéndice fueron la principal causa de egreso hospitalario entre los hombres, con el 14,6%, y la segunda entre las mujeres, con el 10,6%. Esta categoría incluye la apendicitis, una inflamación que puede comenzar con dolor abdominal y agravarse rápidamente (INEC, 2024d). Su alta participación muestra que este tipo de problemas adquiere mayor importancia durante la adolescencia y puede requerir una intervención quirúrgica inmediata.

Entre las adolescentes mujeres, el rasgo más relevante es la presencia de varias causas relacionadas con el embarazo, el parto y la atención materna. Las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto ocuparon el primer lugar, con el 11,6%. También aparecen la atención por condiciones del bebé, del líquido amniótico o por posibles problemas del parto; el parto; otras afecciones obstétricas; otros trastornos maternos relacionados con el embarazo; y el embarazo terminado en aborto. Al sumar estas categorías, se encuentra que representaron el 30,2% de los egresos de las mujeres. **En otras palabras, aproximadamente 3 de cada 10 hospitalizaciones estuvieron vinculadas con el embarazo, el parto o sus posibles complicaciones** (INEC, 2024d).

Los trastornos afectivos o del estado de ánimo representaron el 3,7% de los egresos de las mujeres (INEC, 2024d). Esta categoría puede incluir problemas como la depresión y otros trastornos que afectan las emociones, la motivación y la vida cotidiana. Su aparición entre las principales causas recuerda que la salud mental también puede requerir hospitalización y que las adolescentes necesitan servicios accesibles, confidenciales y libres de estigmas. Que estos trastornos no aparezcan entre las diez primeras causas de los hombres no significa que ellos no enfrenten problemas emocionales. La diferencia puede relacionarse con la forma en que expresan su malestar, buscan ayuda, reciben un diagnóstico o acceden a los servicios.

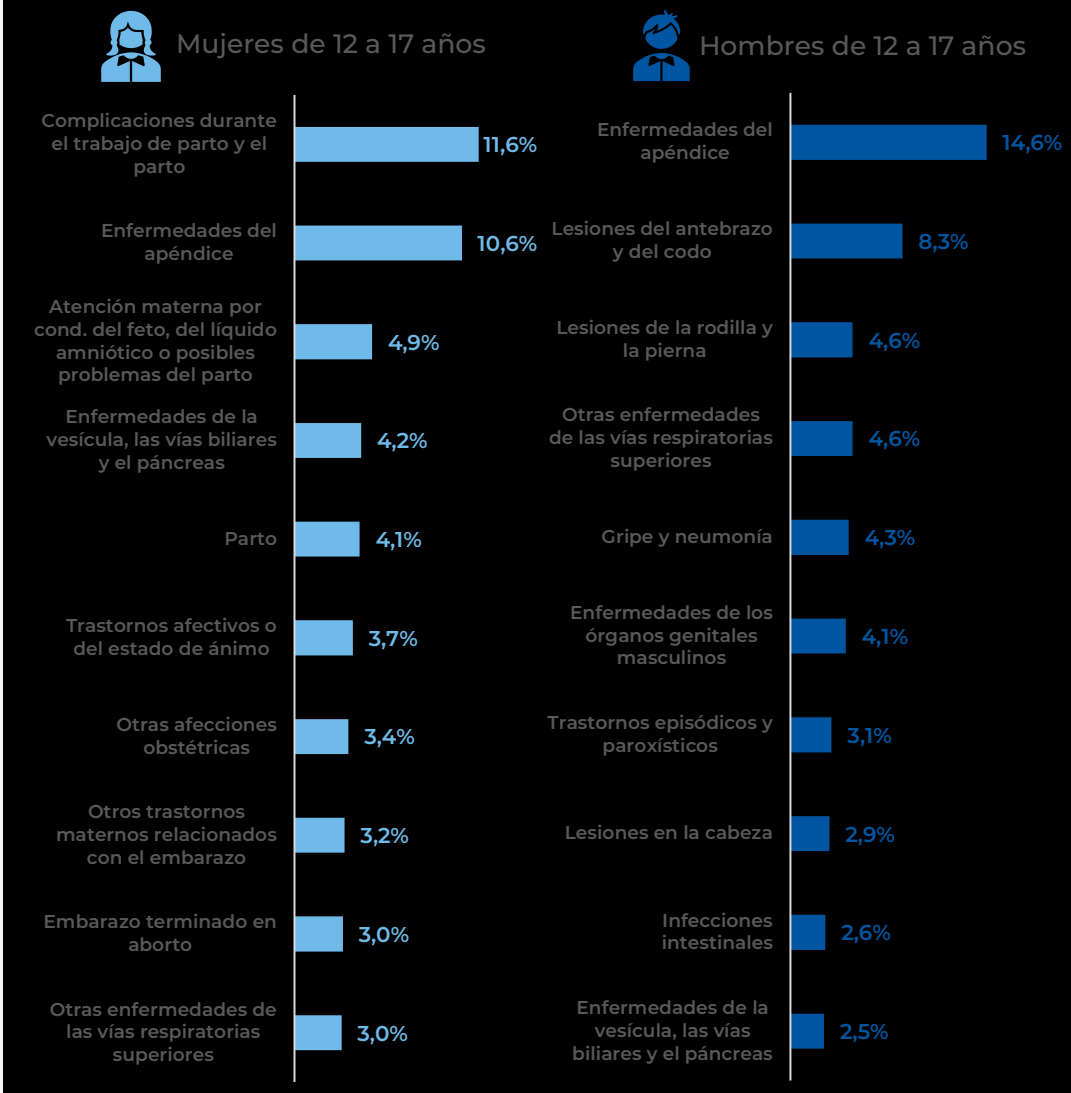
Entre los hombres, las lesiones tuvieron una presencia especialmente importante. Los traumatismos del antebrazo y el codo, de la rodilla y la pierna, y de la cabeza reunieron el 15,8% de los egresos; es decir, cerca de 1 de cada 6 (INEC, 2024d). Estas lesiones pueden ocurrir durante actividades deportivas, accidentes de tránsito, caídas, peleas u otras situaciones, aunque los datos no permiten identificar el lugar ni las circunstancias en que sucedieron.

Las enfermedades respiratorias continúan presentes, pero con una participación menor que en los grupos infantiles. Entre los hombres, la gripe y la neumonía representaron el 4,3% de los egresos, mientras que otras enfermedades de las vías respiratorias superiores alcanzaron el 4,6%. Esta última categoría también apareció entre las mujeres, con el 3,0%. Entre los hombres se registraron además enfermedades de los órganos genitales masculinos, infecciones intestinales y trastornos episódicos y paroxísticos, una categoría amplia que reúne condiciones que se presentan mediante crisis o episodios repentinos (INEC, 2024d).

Durante 2024 se contabilizaron 5.057 egresos hospitalarios de mujeres adolescentes y 3.868 de hombres. La presencia de las atenciones obstétricas contribuye a comprender la mayor cantidad de egresos femeninos, pero no permite concluir que las mujeres tengan un peor estado general de salud. Además, estos registros corresponden a hospitalizaciones y no a personas: una misma adolescente o un mismo adolescente pudo haber egresado más de una vez durante el año.

Figura 29

Diez principales causas de egreso hospitalario en adolescentes de 12 a 17 años del DMQ, según sexo, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024d). La unidad de análisis es el paciente egresado (egreso hospitalario), es decir, eventos que requirieron hospitalización. Las barras celestes corresponden a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños; los porcentajes se calculan por separado sobre el total de egresos hospitalarios de mujeres (5.057) y de hombres (3.868) del grupo de edad analizado.

4.2. Vacunación

4.2.1. Cuántas dosis se registraron y cómo evolucionaron

Entre 2021 y 2024 se registraron **2.460.311 dosis de vacunas administradas a niñas, niños y adolescentes en establecimientos del DMQ**. La evolución no fue continua. Después de dos años de crecimiento moderado, en 2024 se produjo un retroceso que eliminó el avance acumulado desde el inicio del periodo (MSP, 2021-2024).

Como se observa en la Tabla 4, las dosis aumentaron de 602.758 en 2021 a 629.639 en 2022 y alcanzaron su punto más alto en 2023, con 648.685. Estos incrementos

En 2024 se registraron 69.456 dosis menos que en 2023, una caída del 10,7% que llevó la serie por debajo del nivel de 2021

fueron del 4,5% y el 3%, respectivamente. **La tendencia cambió en 2024, cuando el registro descendió a 579.229 dosis, el valor más bajo de los cuatro años analizados** (MSP, 2021-2024).

Esto representa 69.456 aplicaciones menos que en 2023 y una reducción del 10,7% en un solo año. La magnitud de esta caída fue más del doble que cualquiera de los aumentos anuales anteriores. **Como resultado, en 2024 se registraron 23.529 dosis menos que en 2021, lo que equivale a una disminución acumulada del 3,9% entre el inicio y el final del periodo** (MSP, 2021-2024).

El descenso coincidió con una reducción de los puntos que registraron vacunación. Durante los tres primeros años, el número de establecimientos activos se mantuvo prácticamente estable, con 152 en 2021 y 151 en 2022 y 2023. En 2024 disminuyó a 145, el nivel más bajo de la serie (MSP, 2021-2024). **Esta coincidencia sugiere que la contracción de la red activa pudo influir en el resultado, aunque no permite establecer cuánto se debió a cambios en la oferta, la asistencia de las familias, las campañas ejecutadas o las prácticas de registro**.

El número de vacunas distintas se mantuvo en 13 durante los cuatro años. Por tanto, la caída de 2024 no se explica por una reducción de los tipos incluidos en la base, sino por una menor cantidad de aplicaciones registradas (MSP, 2021-2024).

Tabla 4

Evolución anual de las dosis administradas a NNA, los establecimientos activos y la diversidad de vacunas, 2021-2024

Año	Total de dosis	Variación interanual	Establecimientos activos	Vacunas distintas
2021	602.758	—	152	13
2022	629.639	+4,5%	151	13
2023	648.685	+3,0%	151	13
2024	579.229	−10,7%	145	13
Total	**2.460.311**	**−3,9% (2021 al 2024)**	**—**	**—**

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La unidad de análisis son las dosis. Una misma niña o niño aporta varias dosis en un año y no existen identificadores individuales, por lo que no es posible contar personas únicas. Las dosis se atribuyen al punto donde se aplicaron. Un establecimiento del DMQ puede atender a residentes de cantones vecinos, y a la inversa.

Más de la mitad del descenso de 2024 se concentró en las vacunas contra el VPH y el Rotavirus

El retroceso fue generalizado, pero no afectó a todas las vacunas con la misma intensidad (véase la Figura 30). Doce de las trece registraron menos dosis que en 2023. Varicela fue la única excepción, con 1.817 aplicaciones adicionales y un crecimiento del 6,9%. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) registró 20.949 dosis menos, equivalentes a cerca del 30% de la disminución anual. Rotavirus aportó otras 17.271 dosis menos, alrededor del 25%. En conjunto, ambas explican aproximadamente el 55% de las 69.456 aplicaciones que dejaron de registrarse (MSP, 2021-2024).

El resto del esquema también se redujo, aunque con menor intensidad. Al excluir VPH y Rotavirus, la disminución fue del 5,7% (MSP, 2021-2024). **Esto muestra que el**

retroceso combinó una contracción general de las dosis registradas con descensos particularmente fuertes en algunos componentes del esquema.

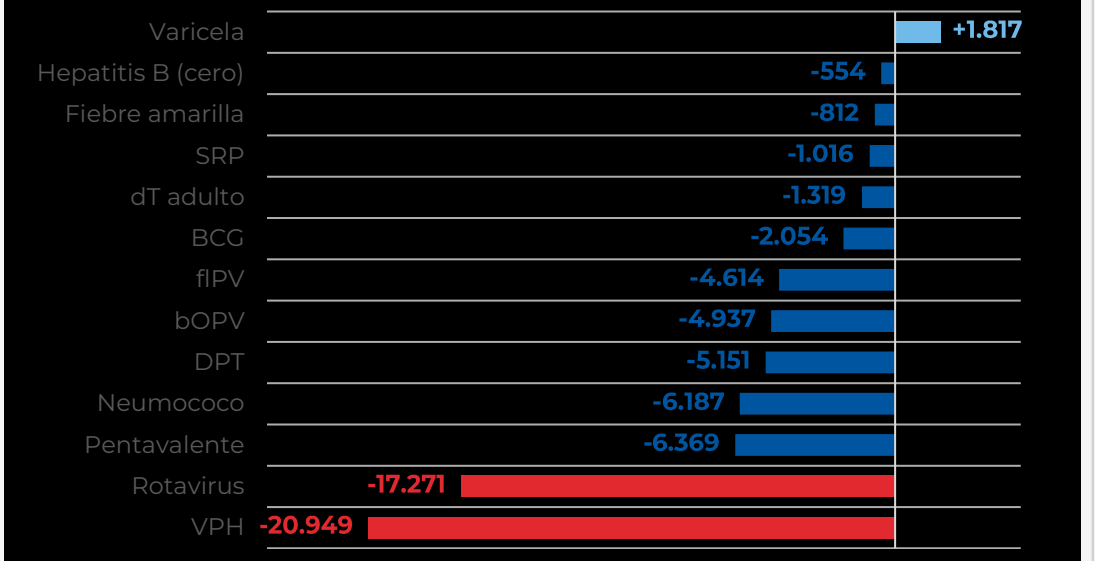
En el caso de Rotavirus, la comparación requiere cautela porque 2023 presentó un comportamiento inusual. Ese año se registraron 67.526 dosis y las segundas aplicaciones superaron a las primeras. En 2024 el total descendió a 50.255, una cifra más cercana a las 47.614 contabilizadas en 2021 (MSP, 2021-2024). Por ello, una parte de la reducción podría responder a un retorno hacia los niveles anteriores y no necesariamente a un deterioro de igual magnitud en el acceso.

El comportamiento del VPH fue todavía más variable. Entre 2021 y 2024 sus registros oscilaron entre 10.712 y 35.877 dosis, de modo que el valor máximo fue más de tres veces superior al mínimo (MSP, 2021-2024). **Una variación de esta magnitud difícilmente puede explicarse únicamente por cambios demográficos en la población objetivo**. También pueden influir la realización de campañas escolares, la recuperación de grupos rezagados, la disponibilidad de vacunas, la aceptación de las familias y las prácticas de registro.

En consecuencia, el descenso de 2024 constituye una señal que requiere seguimiento, pero no permite afirmar por sí solo que la cobertura de vacunación haya disminuido en la misma proporción. Para medir cobertura sería necesario relacionar las dosis con la población objetivo de cada vacuna y conocer cuántas personas recibieron las aplicaciones previstas.

Figura 30

Contribución de cada vacuna al cambio en dosis a NNA registradas entre 2023 y 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La unidad de análisis son las dosis. La figura muestra cuánto aportó cada vacuna al cambio total de dosis registradas para NNA entre 2023 y 2024. Las barras hacia la derecha indican aumentos y las barras hacia la izquierda, disminuciones; el color rojo resalta las mayores caídas.

4.2.2. En qué edades se concentra la vacunación

> *Más de cuatro de cada cinco dosis se administran antes de los dos años, lo que confirma el peso central de la primera infancia en el esquema de vacunación*

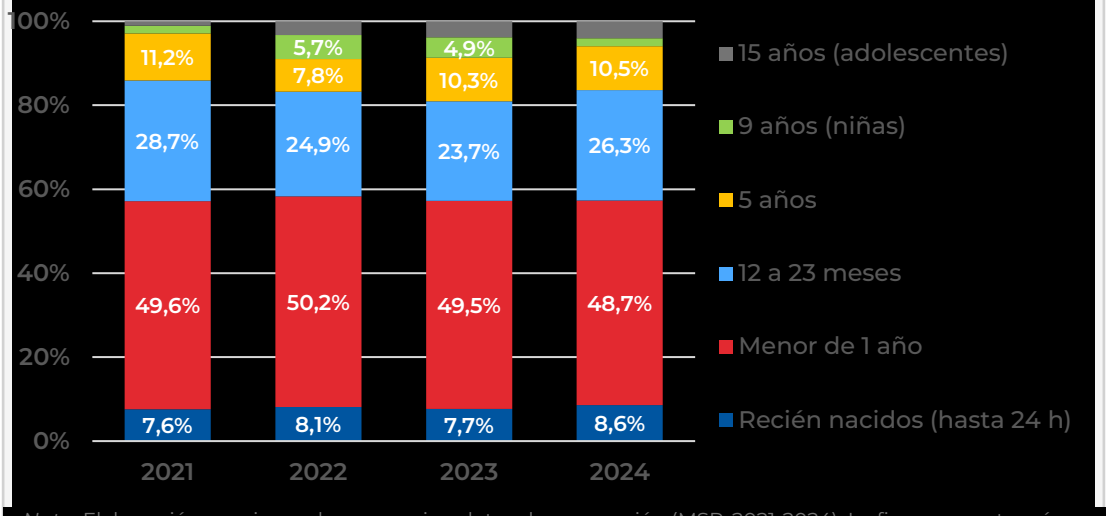
La mayor parte de las dosis registradas en el DMQ se administra durante los primeros años de vida. Como se observa en la Figura 31, alrededor del 57% de las aplicaciones anuales corresponde a recién nacidos y menores de un año. Al incluir a las niñas y niños de 12 a 23 meses, la proporción se ubica entre el 81% y el 86% del total (MSP, 2021-2024).

Esta distribución refleja la intensidad del esquema durante la primera infancia, etapa en la que se administran varias vacunas y dosis sucesivas para prevenir enfermedades que pueden resultar especialmente graves a edades tempranas. En comparación, las aplicaciones dirigidas a niñas, niños y adolescentes en edad escolar representan una proporción mucho menor.

Estas cifras corresponden a dosis registradas y no a personas vacunadas. **Una misma niña o niño puede recibir varias aplicaciones durante el periodo analizado**, por lo que los porcentajes no indican cuántos NNA están protegidos ni pueden interpretarse como coberturas de vacunación.

Figura 31

Distribución anual de las dosis registradas para NNA del DMQ por grupo de edad, 2021-2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La figura muestra cómo se distribuyen las dosis anuales registradas para NNA según grupo objetivo de edad entre 2021 y 2024. Cada barra representa el total de dosis de un año, dividido por grupos de edad; los porcentajes indican la participación de cada grupo dentro del total anual. Se omitieron las etiquetas de datos en los porcentajes inferiores al 2% para facilitar la lectura del gráfico.

> *Las aplicaciones dirigidas al segundo año de vida disminuyeron durante todo el periodo*

Aunque la estructura general se mantuvo relativamente estable, el grupo de 12 a 23 meses presentó una tendencia que merece atención. Fue el único en el que las aplicaciones disminuyeron de manera continua durante los cuatro años analizados. Pasaron de 173.234 dosis en 2021 a 152.332 en 2024, lo que representa una reducción acumulada del 12,1% (MSP, 2021-2024).

El comportamiento de los menores de un año fue diferente. En este grupo, las dosis aumentaron hasta 2023 y descendieron recién en 2024. Esta diferencia podría advertir dificultades para mantener la captación después del primer año de vida, cuando corresponde administrar nuevas dosis y refuerzos. Sin embargo, la información disponible no permite seguir individualmente a cada niña o niño. **Por tanto, no es posible concluir que quienes iniciaron el esquema dejaron de continuarlo**. Para comprobarlo se necesitarían registros individuales organizados por cohortes de nacimiento.

Las dosis destinadas a los grupos de 9 y 15 años representaron una parte pequeña del total, pero mostraron cambios mucho más pronunciados. En conjunto, aportaron entre el 2,9% y el 9% de las aplicaciones anuales, dependiendo del periodo (MSP, 2021-2024).

En el grupo de 9 años, asociado principalmente con la vacunación contra el VPH, los registros aumentaron de 10.853 dosis en 2021 a 35.877 en 2022. Posteriormente descendieron a 31.661 en 2023 y a 10.712 en 2024. Por su parte, las aplicaciones dirigidas al grupo de 15 años pasaron de 6.657 en 2021 a 20.768 en 2022 y después se mantuvieron alrededor de las 24.000 anuales (MSP, 2021-2024).

Cambios de esta magnitud difícilmente pueden explicarse únicamente por variaciones en el tamaño de la población que alcanza esas edades. También pueden influir las campañas realizadas en instituciones educativas, la recuperación de grupos rezagados, la disponibilidad de vacunas, la capacidad de los establecimientos para captar a la población objetivo y las prácticas de registro. La base disponible no permite determinar cuál de estos factores tuvo mayor peso.

4.2.3. Continuidad entre dosis iniciales y finales

> ***La relación entre dosis iniciales y finales permite identificar desbalances, pero no demuestra el abandono individual del esquema de vacunación***

Varias vacunas requieren más de una aplicación para alcanzar la protección prevista. Por ello, además de observar el volumen total, resulta útil comparar las dosis iniciales y finales registradas en cada serie. Como se presenta en la Tabla 5, una razón cercana al 100% indica que, dentro del mismo año, se contabilizó una cantidad similar de ambas dosis. Una relación considerablemente menor muestra un desbalance que requiere mayor análisis.

Tabla 5

Relación anual entre dosis finales e iniciales registradas para NNA del DMQ por vacuna, 2021-2024

Dosis (dosis inicial → final)	2021	2022	2023	2024	Lectura
Pentavalente (1 → 3)	101,4	98,4	100,1	102,1	Estable
Neumococo (1 → 3)	99,7	98,2	99,9	102,1	Estable
fIPV (1 → 2)	100,6	101,9	102,6	101,2	Estable
Rotavirus (1 → 2)	101,8	104,8	112,2	101,2	Rezagos en 2023
SRP (1 → 2)	98,4	89,9	87,5	88,7	Brecha persistente
VPH (1 → 2)	71,6	63,2	74,4	39,1	Brecha persistente

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La unidad de análisis son las dosis. No sigue cohortes ni personas, por lo que no equivale a una tasa individual de abandono. La tabla compara, para cada vacuna, la relación entre dosis finales e iniciales registradas en el mismo año. Los valores cercanos a 100 indican un número similar de dosis iniciales y finales; los valores más bajos muestran que se registraron menos dosis finales. La columna "Lectura" resume si la relación fue estable, presentó rezagos o mantuvo una brecha persistente.

Este indicador no constituye una tasa de abandono ni permite saber si una persona completó su esquema. La comparación se realiza con datos agregados del mismo año y puede incluir niñas y niños de cohortes diferentes. Aun así, ofrece una señal inicial para identificar series relativamente equilibradas y otras que requieren seguimiento.

Las vacunas Pentavalente, Neumococo y fIPV mantuvieron razones cercanas al 100% durante todo el periodo. Esto significa que, en términos agregados, el número de dosis finales registradas fue similar al de las iniciales. Rotavirus presentó un comportamiento parecido, aunque en 2023 alcanzó el 112,2%, con más segundas dosis que primeras (MSP, 2021-2024).

Los valores superiores al 100% no significan que una misma persona haya recibido más aplicaciones de las previstas. Pueden aparecer cuando se administran dosis finales a niñas y niños que iniciaron el esquema en meses o años anteriores, cuando existe movilidad entre establecimientos o cuando las aplicaciones se registran en momentos distintos. En 2024, estas cuatro series volvieron a ubicarse cerca de la paridad.

La vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis presentó una relación menos equilibrada. En 2021 se registraron aproximadamente 98 segundas dosis por cada 100 primeras. La razón descendió al 89,9% en 2022 y permaneció alrededor del 88% durante 2023 y 2024 (MSP, 2021-2024).

En valores absolutos, la diferencia entre la primera y la segunda dosis pasó de 465 aplicaciones en 2021 a cerca de 3.000 anuales en los años siguientes. **La persistencia de esta separación muestra que las segundas dosis de SRP se registraron sistemáticamente en menor cantidad que las primeras**. Esto no demuestra que las mismas niñas y niños hayan interrumpido el esquema, pero sí justifica revisar la captación de quienes deben recibir la aplicación posterior.

Los registros del VPH muestran el mayor desbalance numérico. La relación entre segundas y primeras dosis fue del 71,6% en 2021, descendió al 63,2% en 2022, aumentó al 74,4% en 2023 y cayó al 39,1% en 2024. En términos agregados, durante el último año se contabilizaron 39 segundas dosis por cada 100 primeras (MSP, 2021-2024).

Los datos del VPH en 2024 deben interpretarse considerando la ampliación de la campaña y los cambios en la población convocada

Esta cifra requiere una cautela adicional. En 2024, la campaña nacional amplió la población convocada a niñas de 9 a 14 años y, por primera vez, incluyó a niños de 9 años. Esta modificación alteró la composición de las aplicaciones registradas y pudo aumentar el número de dosis iniciales sin que las dosis posteriores necesariamente correspondieran al mismo año o a los mismos grupos (MSP, 2024b). Más que demostrar una dificultad de continuidad, el resultado constituye una señal para examinar cómo se registraron las campañas escolares, las dosis administradas a grupos rezagados y las nuevas poblaciones incorporadas.

4.2.4. Quién vacuna y dónde se concentran las aplicaciones

La vacunación depende casi por completo del MSP y más de una cuarta parte de las dosis se concentra en ocho establecimientos

La vacunación de niñas, niños y adolescentes en el DMQ depende casi por completo de la red del Ministerio de Salud Pública. Durante los cuatro años analizados, el MSP concentró entre el 97,3% y el 97,9% de las dosis. En 2024 registró 566.877 de las 579.229 aplicaciones contabilizadas. En términos prácticos, casi 98 de cada 100 dosis fueron administradas en establecimientos de esta institución (MSP, 2021-2024).

Como se observa en la Tabla 6, la participación de los demás prestadores fue considerablemente menor. El IESS ocupó el segundo lugar, pero representó apenas el 1,5% de las dosis de 2024. Además, sus registros disminuyeron de 12.652 aplicaciones en 2022 a 8.893 en 2024, lo que equivale a una reducción del 29,7% (MSP, 2021-2024).

Tabla 6

Dosis registradas para NNA del DMQ según institución del establecimiento de vacunación, 2021-2024

Institución	2021	2022	2023	2024	% 2024
MSP	588.335	612.927	633.150	566.877	97,9%
IESS	10.947	12.652	11.208	8.893	1,5%
Fuerzas Armadas	1.960	2.088	2.583	2.336	0,4%
Prestadores privados	916	917	1.183	698	0,1%
GAD	375	306	366	425	0,1%
Policía Nacional	225	749	195	—	—

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La unidad de análisis son las dosis. La tabla muestra el número de dosis registradas para NNA del DMQ según la institución a la que pertenece el establecimiento de vacunación. Las columnas de 2021 a 2024 presentan el total anual de dosis, mientras que la columna "% 2024" indica la participación de cada institución en el total registrado ese año.

Los establecimientos de las Fuerzas Armadas aportaron el 0,4% de las dosis de 2024. Los prestadores privados y los gobiernos autónomos descentralizados participaron

con el 0,1% cada uno, mientras que la Policía Nacional no presentó registros durante ese año (MSP, 2021-2024).

Esta distribución evidencia la capacidad del MSP para sostener la vacunación en el DMQ. Al mismo tiempo, **muestra una fuerte dependencia de una sola red institucional**. Cuando casi todas las aplicaciones recaen en el mismo prestador, las dificultades relacionadas con personal, abastecimiento, horarios, infraestructura o registro pueden reflejarse en el resultado general del DMQ.

La concentración también aparece al analizar los establecimientos individualmente. Como se detalla en la Tabla 7, los ocho puntos con mayor actividad reunieron 159.659 dosis en 2024, equivalentes al 27,6% del total distrital. **Más de una de cada cuatro aplicaciones se registró en apenas ocho de los 145 establecimientos activos** (MSP, 2021-2024).

Tabla 7

Establecimientos con mayor número de dosis registradas para NNA del DMQ, 2024

Establecimiento	Dosis 2024	% del total
Hosp. Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora	24.799	4,3%
Conocoto	22.484	3,9%
Calderón	22.410	3,9%
Cotocollao	20.398	3,5%
Fray Bartolomé de las Casas	20.270	3,5%
Guamaní	17.090	3,0%
Hosp. Gineco Obstétrico Isidro Ayora	16.477	2,8%
Tumbaco	15.731	2,7%
Subtotal ocho establecimientos	**159.659**	**27,6%**

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de vacunación (MSP, 2021-2024). La tabla muestra los ocho establecimientos del DMQ con más dosis registradas para NNA en 2024. La columna "Dosis 2024" presenta el número de dosis registradas en cada establecimiento y la columna "% del total" indica su participación dentro del total anual.

El Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora encabezó la lista, con 24.799 dosis y el 4,3% del total. Le siguieron Conocoto y Calderón, ambos con alrededor de 22.000 aplicaciones. También destacaron Cotocollao, Fray Bartolomé de las Casas, Guamaní, el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y Tumbaco (MSP, 2021-2024).

Es importante considerar que la base identifica el lugar donde se administró la vacuna y no el domicilio de la persona que la recibió. Un establecimiento del DMQ puede atender a residentes de otros cantones, mientras que niñas, niños y adolescentes del DMQ pueden vacunarse fuera de sus límites. En consecuencia, **las dosis registradas en Calderón, Conocoto, Nueva Aurora u otros establecimientos no pueden atribuirse automáticamente a la población residente en esos territorios**.

4.3. Estado nutricional de la primera infancia

La Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2023-2024 no ofrece estimaciones específicas para el Distrito Metropolitano de Quito. Sus resultados se

presentan para el país, las áreas urbana y rural, las regiones naturales y las provincias. Por esta razón, **no es metodológicamente correcto atribuir al DMQ un valor calculado para toda Pichincha**.

La provincia constituye la referencia territorial más cercana disponible, pero también incluye a los demás cantones. Sus resultados permiten aproximarse al contexto nutricional en el que se encuentra Quito, aunque no representan una medición exacta de la situación distrital.

También es importante precisar el alcance de los indicadores. Aunque este estudio analiza a niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, los datos nutricionales disponibles corresponden principalmente a menores de cinco años. En consecuencia, **esta sección describe la situación de la primera infancia y sus resultados no deben extenderse a la población de 5 a 17 años**.

Aproximadamente uno de cada cinco menores de cinco años presenta desnutrición crónica en Pichincha

La desnutrición crónica constituye uno de los principales problemas identificados. Como se evidencia en la Tabla 8, en Pichincha afecta al 22,3% de las niñas y niños menores de dos años y al 20,6% de quienes todavía no cumplen cinco años. Ambos resultados superan los promedios nacionales, que alcanzan el 19,3% y el 17,5%, respectivamente. Las diferencias son de alrededor de tres puntos porcentuales en los dos grupos de edad (INEC, 2024e).

En otras palabras, aproximadamente uno de cada cinco menores de cinco años en Pichincha no ha alcanzado la talla esperada para su edad. Este indicador no refleja una carencia reciente o momentánea. Da cuenta de condiciones acumuladas desde el embarazo y durante los primeros años de vida, relacionadas con la alimentación, las enfermedades, los cuidados y el entorno en el que crecen las niñas y los niños.

Tabla 8

Indicadores de nutrición en primera infancia en Pichincha y Ecuador, 2023-2024

Indicador	Pichincha	Nacional
Desnutrición crónica, menores de 2 años	22,3%	19,3%
Desnutrición crónica, menores de 5 años	20,6%	17,5%
Anemia, 6 a 59 meses	44,0%	32,0%
Anemia, 6 a 23 meses	45,2%	36,9%
Sobrepeso y obesidad, menores de 5 años	5,6%	5,0%
Desnutrición aguda, menores de 5 años	0,4%	0,7%

Nota. Elaboración propia con base en tabulados de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (INEC, 2024e). La tabla compara indicadores de nutrición infantil de Pichincha y del promedio nacional, principalmente en niñas y niños menores de 5 años. Los resultados de Pichincha se utilizan como referencia provincial y no como una medición específica del DMQ. La estimación nacional no incluye Galápagos.

La anemia es la señal más crítica. Afecta al 44% de las niñas y niños de 6 a 59 meses, 12 puntos porcentuales más que el promedio nacional

La señal más preocupante corresponde a la anemia. Esta condición afecta al 44,0% de las niñas y niños de 6 a 59 meses en Pichincha, frente al 32,0% registrado a escala nacional. La diferencia alcanza 12 puntos porcentuales (INEC, 2024e).

Entre los 6 y 23 meses, una etapa decisiva para el crecimiento y el desarrollo, la prevalencia provincial llega al 45,2% (INEC, 2024e). Esto significa que **casi uno de cada dos niños pequeños presenta niveles de hemoglobina por debajo del umbral correspondiente a su edad**. La anemia puede estar presente incluso cuando el peso parece adecuado, por lo que no siempre es visible para las familias y requiere controles, diagnóstico y seguimiento oportunos.

Los indicadores relacionados con el bajo peso muestran un panorama menos desfavorable. La desnutrición global afecta al 4,1% de los menores de cinco años en Pichincha, por debajo del 4,9% nacional. La desnutrición aguda alcanza el 0,4%, frente al 0,7% del país (INEC, 2024e).

Sin embargo, la estimación provincial de desnutrición aguda se basa en pocos casos y presenta una mayor variabilidad estadística, por lo que debe interpretarse con cautela. En conjunto, los resultados muestran que **el principal problema nutricional de Pichincha no se concentra en una pérdida rápida de peso, sino en déficits de crecimiento y micronutrientes que se acumulan o permanecen en el tiempo**.

A estas dificultades se suma el exceso de peso. El 5,6% de los menores de cinco años presenta sobrepeso u obesidad, una proporción ligeramente superior al 5,0% nacional (INEC, 2024e). Aunque la diferencia es pequeña, evidencia que los problemas nutricionales no siguen una sola dirección.

Pichincha enfrenta lo que se conoce como una doble carga de la malnutrición. La desnutrición crónica y la anemia conviven con el sobrepeso y la obesidad dentro del mismo territorio e incluso pueden presentarse en hogares con condiciones similares. Por ello, no basta con asegurar una cantidad suficiente de alimentos. También es necesario promover una alimentación variada y de calidad, adecuada para cada etapa del crecimiento.

Los resultados muestran que la prevención debe comenzar antes de que las consecuencias sean visibles. La respuesta pública requiere concentrarse especialmente en el periodo comprendido entre el embarazo y los dos primeros años de vida. Durante esta etapa resultan fundamentales los controles prenatales de calidad, la lactancia materna, una alimentación complementaria suficiente y diversa desde los seis meses, la suplementación y el control de hierro, la vacunación, el acceso a agua segura y saneamiento, y la atención oportuna de las enfermedades.

Estas acciones necesitan llegar con mayor intensidad a los hogares que enfrentan pobreza, inseguridad alimentaria o dificultades para acceder a los servicios. También es importante que la respuesta no se limite a entregar alimentos o controlar el peso. **La elevada prevalencia de anemia exige fortalecer el tamizaje, el tratamiento y el seguimiento**, mientras que la desnutrición crónica requiere vigilar periódicamente la talla y el desarrollo infantil.

Al mismo tiempo, la prevención del sobrepeso debe promover el consumo de alimentos frescos, el agua como bebida principal, entornos de cuidado saludables y oportunidades cotidianas de juego activo. Estas intervenciones deben acompañar a las familias y facilitar decisiones saludables, sin trasladarles toda la responsabilidad por condiciones que también dependen de los ingresos, el acceso a alimentos y las características del entorno.

Finalmente, los resultados de Pichincha no sustituyen la necesidad de información propia para el DMQ. Para orientar las políticas locales con mayor precisión, Quito necesita mediciones periódicas y representativas a escala distrital, desagregadas por edad, sexo, parroquia, área urbana o rural, situación socioeconómica y pertenencia étnica.

4.4. Embarazo adolescente

4.4.1. Panorama general

> ***Los nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas antes de los 18 años disminuyeron 63,3% entre 2014 y 2024, una reducción mayor que la observada en el total de nacimientos***

Durante la última década, los nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas en la adolescencia disminuyeron con mayor rapidez que el conjunto de nacimientos del DMQ. Entre 2014 y 2024, el número total de nacidos vivos de madres residentes en el Distrito se redujo de 41.812 a 26.492, lo que representa una caída del 36,6%. En el mismo periodo, aquellos asociados con gestaciones iniciadas entre los 10 y 19 años pasaron de 8.513 a 3.228, una disminución del 62,1%. Entre las menores de 18 años, el descenso fue del 63,3%, al pasar de 4.497 a 1.650 casos (INEC, 2014-2024).

La reducción de las gestaciones iniciadas durante la adolescencia fue considerablemente mayor que la disminución general de los nacimientos. Esto indica que el cambio no puede atribuirse únicamente a la transición demográfica o a la caída de la natalidad en la ciudad.

Tabla 9

Indicadores de nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas durante la adolescencia en el DMQ, 2014 y 2024

Indicador	2014	2024	Variación 2014 - 2024
Nacidos vivos totales	41.812	26.492	-36,6%
Edad 10-19 al inicio de la gestación	8.513	3.228	-62,1%
Menores de 18 al inicio de la gestación	4.497	1.650	-63,3%
Proporción 10-19 al inicio de la gestación	20,63%	12,27%	-8,36 pp
Proporción <18 al inicio de la gestación	10,90%	6,27%	-4,63 pp

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024). Las proporciones se calcularon sobre los nacidos vivos para los que fue posible estimar la edad de la madre al inicio de la gestación. pp significa puntos porcentuales.

En 2024, el 12,27% de los nacidos vivos con información suficiente estuvo vinculado con gestaciones iniciadas cuando la madre tenía entre 10 y 19 años. Esto equivale aproximadamente a uno de cada ocho. Al considerar únicamente las gestaciones que comenzaron antes de los 18 años, la proporción fue del 6,27%, cercana a uno de cada dieciséis nacidos vivos (INEC, 2014-2024).

La tendencia general es descendente, pero el comportamiento del último año requiere cautela. Entre 2023 y 2024, los nacidos vivos vinculados con gestaciones

iniciadas antes de los 18 años disminuyeron ligeramente, de 1.688 a 1.650. Sin embargo, su participación en el total aumentó del 5,93% al 6,27%, debido a que el conjunto de nacimientos se redujo con mayor rapidez. Además, los datos de nacidos vivos de 2024 tienen carácter provisional (INEC, 2014-2024).

Por tanto, el aumento de la proporción durante el último año no significa que haya crecido el número de casos. Muestra que su reducción fue menor que la observada en el total de nacidos vivos.

4.4.2.Construcción de indicadores

Los indicadores se elaboraron con los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales del INEC para el periodo 2014–2024. El análisis utiliza el año en que ocurrió el evento y no el año de inscripción. Para los nacidos vivos se empleó la serie t+1, que reúne los eventos ocurridos en un año e inscritos durante ese mismo periodo o el siguiente. Para las defunciones fetales se utilizó la serie t, correspondiente a los eventos registrados durante el mismo año de ocurrencia (INEC, 2014-2024).

El territorio se definió a partir de la residencia habitual de la madre. Se incluyeron los eventos correspondientes a residentes del cantón Quito, identificado con el código 1701, aunque el nacimiento o la defunción fetal hubiera ocurrido en otro lugar. Este criterio permite aproximarse mejor a la población que requiere servicios de salud, educación y protección en el DMQ.

Tabla 10

Metodología para la construcción de los indicadores

Variable	Criterio empleado
Edad al parto	Edad reportada de la madre en el registro del nacimiento o de la defunción fetal.
Inicio de la gestación	Se estima restando a la fecha del evento el número de semanas de gestación multiplicado por siete días.
Edad al inicio	Se calcula comparando la fecha estimada de inicio de la gestación con la fecha de nacimiento de la madre; se descartan valores implausibles menores de 8 o mayores de 60 años.
Tramos analizados	10-14, 15-17, 18-19, menores de 18 (10-17) y adolescencia ampliada de 10-19 años.

Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024).

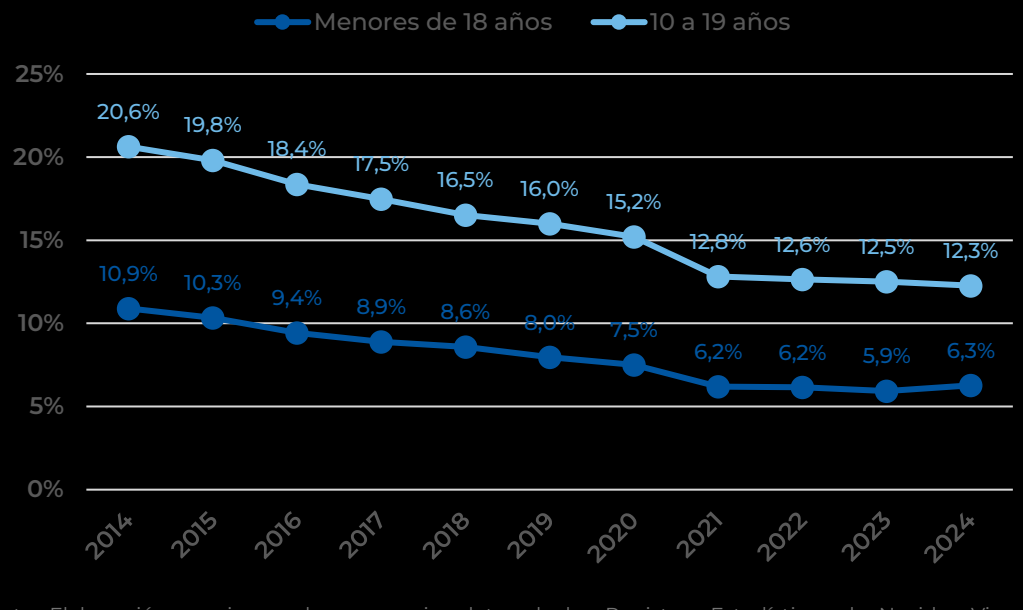
La edad al inicio de la gestación pudo estimarse para 26.318 de los 26.492 nacidos vivos registrados en 2024, lo que representa una cobertura del 99,3%. En ninguno de los años analizados esta cobertura fue inferior al 96,3% (INEC, 2014-2024).

Estos resultados no representan la totalidad de embarazos ocurridos durante la adolescencia ni constituyen una tasa por cada mil adolescentes. Los registros contabilizan nacidos vivos y defunciones fetales, por lo que no incluyen otros posibles desenlaces. Además, la unidad de análisis es el evento registrado. En consecuencia, los conteos no equivalen necesariamente al número de madres ni al de embarazos únicos.

Para calcular una tasa poblacional sería necesario incorporar como denominador el número de niñas y adolescentes residentes en cada grupo de edad. **A lo largo de esta subsección se analizan eventos registrados y no el riesgo individual de experimentar un embarazo**.

Figura 32

Porcentaje de nacidos vivos según la edad de la madre al inicio de la gestación en el DMQ, 2014–2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024). Las series representan la proporción de nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas antes de los 18 años y entre los 10 y 19 años. Los porcentajes se calcularon sobre los registros con información suficiente para estimar la edad al inicio de la gestación.

Como se observa en la Figura 32, la proporción correspondiente al grupo de 10 a 19 años disminuyó del 20,63% en 2014 al 12,27% en 2024, una diferencia de 8,36 puntos porcentuales. Entre las menores de 18 años, el indicador pasó del 10,90% al 6,27% (INEC, 2014-2024).

Pese a esta reducción, la magnitud sigue siendo considerable. En 2024 se identificaron 3.228 nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas entre los 10 y 19 años. De ellos, 1.650 correspondieron a gestaciones que comenzaron antes de que la madre cumpliera 18 años (INEC, 2014-2024).

En 2024 se registraron 242 nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas entre los 10 y 14 años, un grupo que requiere especial atención y protección

El grupo de 10 a 14 años demanda una atención especialmente cuidadosa. Durante 2024 se identificaron 242 nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas en estas edades (INEC, 2014-2024). Aunque el registro no permite conocer las circunstancias particulares de cada caso, la edad temprana exige respuestas coordinadas que permitan detectar posibles situaciones de violencia, coerción o falta de acceso oportuno a información, servicios de salud y mecanismos de protección.

4.4.3. La importancia de medir la edad al inicio de la gestación

> *Medir únicamente la edad al momento del parto deja fuera a quienes cumplieron 18 años durante el embarazo. En 2024, la medición al inicio identificó 405 casos adicionales*

La forma de medir la edad modifica de manera importante el resultado. Si únicamente se considera la edad de la madre al momento del parto, en 2024 se contabilizan 1.245 nacidos vivos de madres menores de 18 años. Cuando la edad se estima al inicio de la gestación, el número aumenta a 1.650. Esto representa 405 casos adicionales y una diferencia del 32,5% (INEC, 2014-2024).

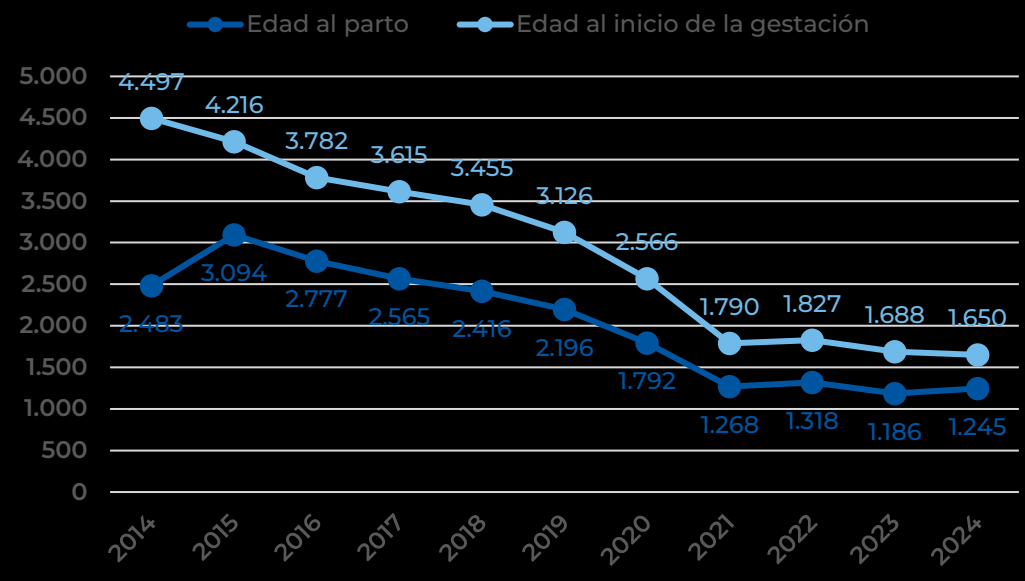
La diferencia aparece porque algunas adolescentes cumplen 18 años durante el embarazo. Si solo se observa su edad al momento del nacimiento, estas gestaciones dejan de formar parte del grupo de menores de edad, aunque hayan comenzado cuando la madre todavía tenía menos de 18 años.

Un comportamiento similar se presenta en el grupo ampliado. La medición al momento del parto registra 2.624 nacidos vivos de madres de 10 a 19 años en 2024, mientras que la edad estimada al inicio de la gestación permite identificar 3.228 casos (INEC, 2014-2024).

Medir la edad únicamente al momento del parto subestima el número de gestaciones que comenzaron durante la adolescencia. Por esta razón, la edad al inicio resulta más pertinente para analizar las condiciones y posibles vulneraciones de derechos presentes cuando ocurrió la gestación. No obstante, debe recordarse que se trata de una estimación construida a partir de la fecha del evento y las semanas de gestación registradas. La Figura 33 ilustra esta distinción de manera más clara.

Figura 33

Nacidos vivos vinculados con madres menores de 18 años según el momento utilizado para medir la edad, 2014–2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024). Las series comparan la edad registrada al momento del parto con la edad estimada al inicio de la gestación. Esta última incorpora casos en los que la madre cumplió 18 años durante el embarazo.

4.4.4. Distribución territorial del embarazo adolescente

El análisis territorial y el perfil de las madres se construyeron con la edad registrada al momento del parto. Bajo este criterio, en 2024 se contabilizaron 2.624 nacidos vivos de madres de 10 a 19 años residentes en el DMQ (INEC, 2014-2024).

El 66,8% de estos nacidos vivos correspondió a madres residentes en el área urbana y el 33,2% a residentes del área rural (INEC, 2014-2024). Esta distribución permite conocer dónde se concentra el mayor volumen de casos, pero no demuestra que exista un riesgo individual más alto en una zona. Para establecerlo sería necesario relacionar los eventos con el número de adolescentes residentes en cada área.

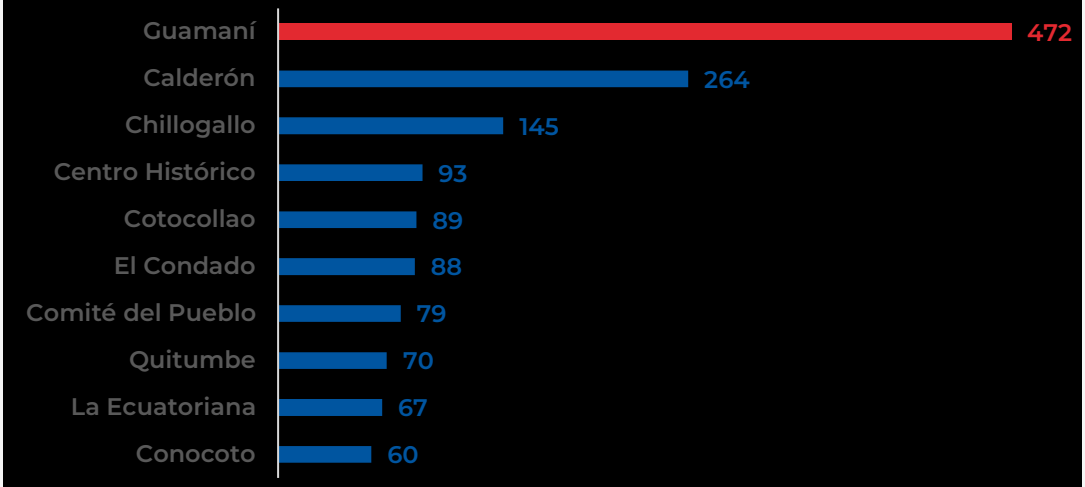
Guamaní registró 472 nacidos vivos de madres de 10 a 19 años y Calderón contabilizó 264. En conjunto, ambas parroquias concentraron el 28% del total distrital. Al incorporar Chillogallo, Centro Histórico y Cotocollao, las cinco parroquias con más casos reunieron el 40,5% (INEC, 2014-2024).

Cinco parroquias concentraron 4 de cada 10 nacidos vivos de madres de 10 a 19 años

4 de cada 10 nacidos vivos de madres de 10 a 19 años se concentraron en cinco parroquias (INEC, 2014-2024). Este patrón combina sectores densamente poblados y territorios con condiciones sociales diversas. Por ello, los conteos deben complementarse con tasas por cada mil adolescentes, información sobre acceso a servicios y otros indicadores socioeconómicos antes de establecer prioridades territoriales definitivas.

Figura 34

Parroquias con mayor número de nacidos vivos de madres de 10 a 19 años al momento del parto, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024). Las barras representan las parroquias con mayor número de nacidos vivos de madres que tenían entre 10 y 19 años al momento del parto. Se excluyen la categoría territorial genérica "Quito" y los registros sin información parroquial.

4.4.5. Condiciones registradas al nacimiento

La mayoría de los nacidos vivos de madres de 10 a 19 años se registró entre las 37 y 41 semanas de gestación y con un peso de entre 2.500 y 3.999 gramos. Sin embargo, la proporción de nacimientos ocurridos antes de las 37 semanas aumentó del 8% en 2014 al 13,8% en 2024. Durante el mismo periodo, el bajo peso al nacer, definido como un peso inferior a 2.500 gramos, pasó del 13,5% al 17,6% entre los registros con información disponible (INEC, 2014-2024).

La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentaron dentro de los registros analizados. Este comportamiento merece seguimiento porque ambas condiciones pueden incrementar las necesidades de atención durante el nacimiento y los primeros meses de vida.

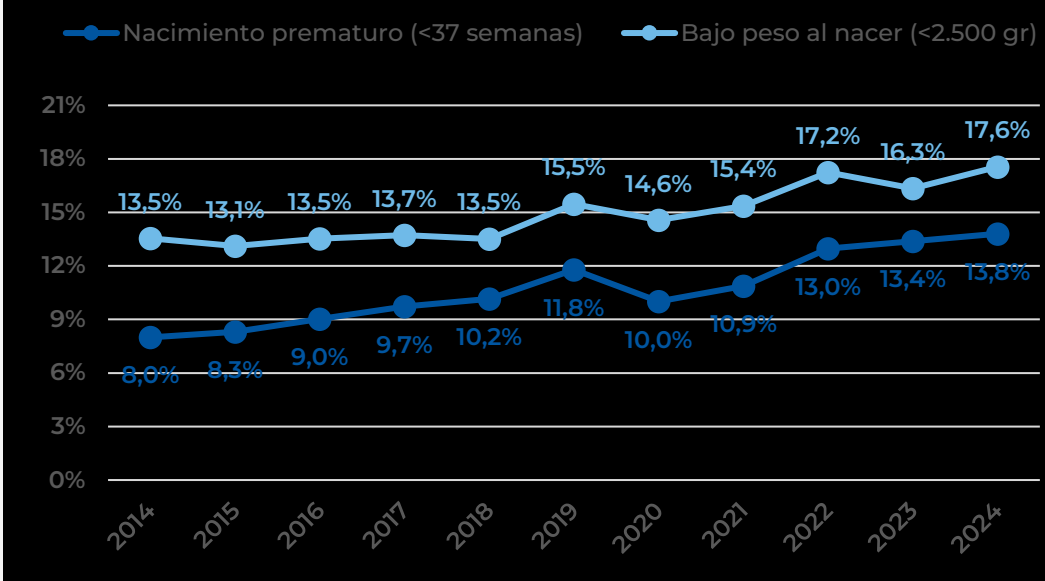
> ***La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentaron durante el periodo, pero los datos no permiten atribuir este cambio únicamente a la edad de la madre***

No obstante, los resultados no demuestran que la edad de la madre sea la causa directa. El análisis no incorpora un grupo de comparación con madres adultas ni controla otros factores que podrían influir, como las condiciones de salud previas, la situación socioeconómica, la oportunidad y cantidad de controles prenatales o la calidad de los registros.

También pueden existir cambios en la medición o codificación del peso y las semanas de gestación. Por tanto, el aumento observado debe entenderse como una señal descriptiva que requiere mayor investigación y no como una relación causal comprobada. La Figura 35 presenta este fenómeno en mayor detalle.

Figura 35

Prematuridad y bajo peso al nacer entre los nacidos vivos de madres de 10 a 19 años, 2014–2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales (INEC, 2014-2024). Las series representan el porcentaje de nacimientos ocurridos antes de las 37 semanas y el porcentaje con un peso inferior a 2.500 gramos. Los cálculos se realizaron sobre los registros con información disponible para cada variable.

4.4.6.Defunciones fetales

En 2024 se registraron 36 defunciones fetales correspondientes a madres de 10 a 19 años. De ellas, 20 se produjeron en menores de 18 años. La serie presenta fluctuaciones y, dentro del grupo de 10 a 19 años, los valores anuales variaron entre 25 y 56 eventos durante el periodo analizado (INEC, 2014-2024).

Debido al número relativamente reducido de eventos, la incorporación o disminución de pocos casos puede producir variaciones porcentuales considerables. Por ello, los cambios anuales deben interpretarse con cautela y priorizar la observación de tendencias de varios años.

Estos conteos tampoco deben compararse directamente con los nacidos vivos para estimar el riesgo de defunción fetal. Las dos fuentes emplean esquemas de consolidación diferentes. Los nacidos vivos se analizan mediante la serie t+1, mientras que las defunciones fetales corresponden a la serie t. Para evaluar el riesgo fetal sería necesario construir un indicador específico con definiciones, periodos de consolidación y denominadores comparables.

4.4.7.Perfil de las madres adolescentes

El perfil sociodemográfico corresponde a los 2.624 nacidos vivos de madres que tenían entre 10 y 19 años al momento del parto en 2024. Esta precisión es importante porque el número es diferente de los 3.228 casos identificados mediante la edad estimada al inicio de la gestación (INEC, 2014-2024).

En cuanto al estado civil, el 94,7% de los registros consignó a la madre como soltera, el 1,6% como casada y alrededor del 3,6% en alguna categoría de unión (INEC, 2014-2024). Sin embargo, esta variable no permite conocer la existencia de redes de apoyo, una convivencia segura o la corresponsabilidad del padre. Por ello, no debe utilizarse como sustituto de información sobre acompañamiento familiar y social.

Respecto del nivel de instrucción, el 79,5% de las madres fue registrado en educación básica y el 18% en educación media o bachillerato (INEC, 2014-2024). Estos resultados deben interpretarse considerando la edad de cada madre. Para una adolescente joven, encontrarse en educación básica puede ser acorde con su trayectoria educativa y no demuestra por sí solo abandono escolar.

Para conocer el impacto del embarazo sobre la continuidad educativa se necesitaría información adicional sobre asistencia, último grado aprobado, interrupciones de los estudios y retorno posterior al sistema educativo. El registro de nacidos vivos ofrece una fotografía del nivel de instrucción consignado, pero no permite reconstruir la trayectoria escolar.

En la autoidentificación étnica, la categoría mestiza concentró el 92% de los registros, seguida por la indígena con el 3,4%. Las categorías afroecuatoriana, negra y mulata representaron conjuntamente el 2,9% (INEC, 2014-2024).

Estas proporciones son descriptivas. Antes de concluir que un grupo presenta mayor o menor incidencia, es necesario compararlas con la composición étnica de la población adolescente del DMQ y calcular tasas específicas. Una participación reducida en los registros puede reflejar tanto el tamaño del grupo poblacional como diferencias en el riesgo.

En conjunto, los resultados muestran un avance importante durante la última década, pero también evidencian desafíos persistentes. La disminución de los nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas durante la adolescencia no elimina la necesidad de fortalecer la educación integral para la sexualidad, el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva, la continuidad educativa y los mecanismos de detección y protección frente a la violencia.

La respuesta requiere prestar especial atención a las gestaciones iniciadas antes de los 15 años, a los territorios que concentran un mayor volumen de casos y a las condiciones de salud registradas al nacimiento. Al mismo tiempo, se necesitan indicadores poblacionales que permitan distinguir con mayor precisión entre la cantidad de eventos y el riesgo que enfrenta cada grupo de adolescentes.

4.5. Mortalidad

> *Las causas de muerte varían con la edad. En los primeros años predominan las afecciones relacionadas con el nacimiento y, en la adolescencia, el suicidio, los accidentes y la violencia*

Las causas de muerte cambian considerablemente a medida que niñas, niños y adolescentes crecen. Durante los primeros años predominan las afecciones relacionadas con el nacimiento, los problemas respiratorios y las infecciones. En la edad escolar, las causas son más diversas, mientras que en la adolescencia adquieren mayor importancia el suicidio, los accidentes de tránsito y la violencia.

Antes de analizar estos resultados, es necesario precisar su alcance. Los registros corresponden a **defunciones ocurridas en el DMQ según el cantón de fallecimiento**, independientemente del lugar de residencia habitual. Por tanto, pueden incluir personas que residían fuera de Quito y no contabilizar a residentes del Distrito que fallecieron en otro cantón. Además, los porcentajes se calculan sobre el total de defunciones de cada grupo y no representan tasas de mortalidad respecto de toda la población.

4.5.1. Los primeros años de vida

Aunque este grupo comprende a niñas y niños de 0 a 5 años, varias de sus principales causas de muerte corresponden a condiciones que aparecen durante el nacimiento o las primeras semanas de vida. Como se observa en la Figura 36, los problemas respiratorios del recién nacido ocuparon el primer lugar en 2024, al representar el 12,3% de las defunciones de niñas y el 8,9% de las de niños. También destacaron las infecciones graves del recién nacido, con alrededor del 6% en ambos grupos, y la neumonía, con el 5,3% entre las niñas y el 4,5% entre los niños (INEC, 2024c).

> *Prevenir la mortalidad infantil requiere atención continua desde el embarazo hasta los primeros días de vida.*

La obstrucción de la respiración y otras afecciones respiratorias del recién nacido también aparecen entre las causas principales (INEC, 2024c). **En conjunto, estos resultados muestran que la protección de la vida durante la primera infancia comienza antes del nacimiento y continúa durante el parto y las primeras semanas de vida**.

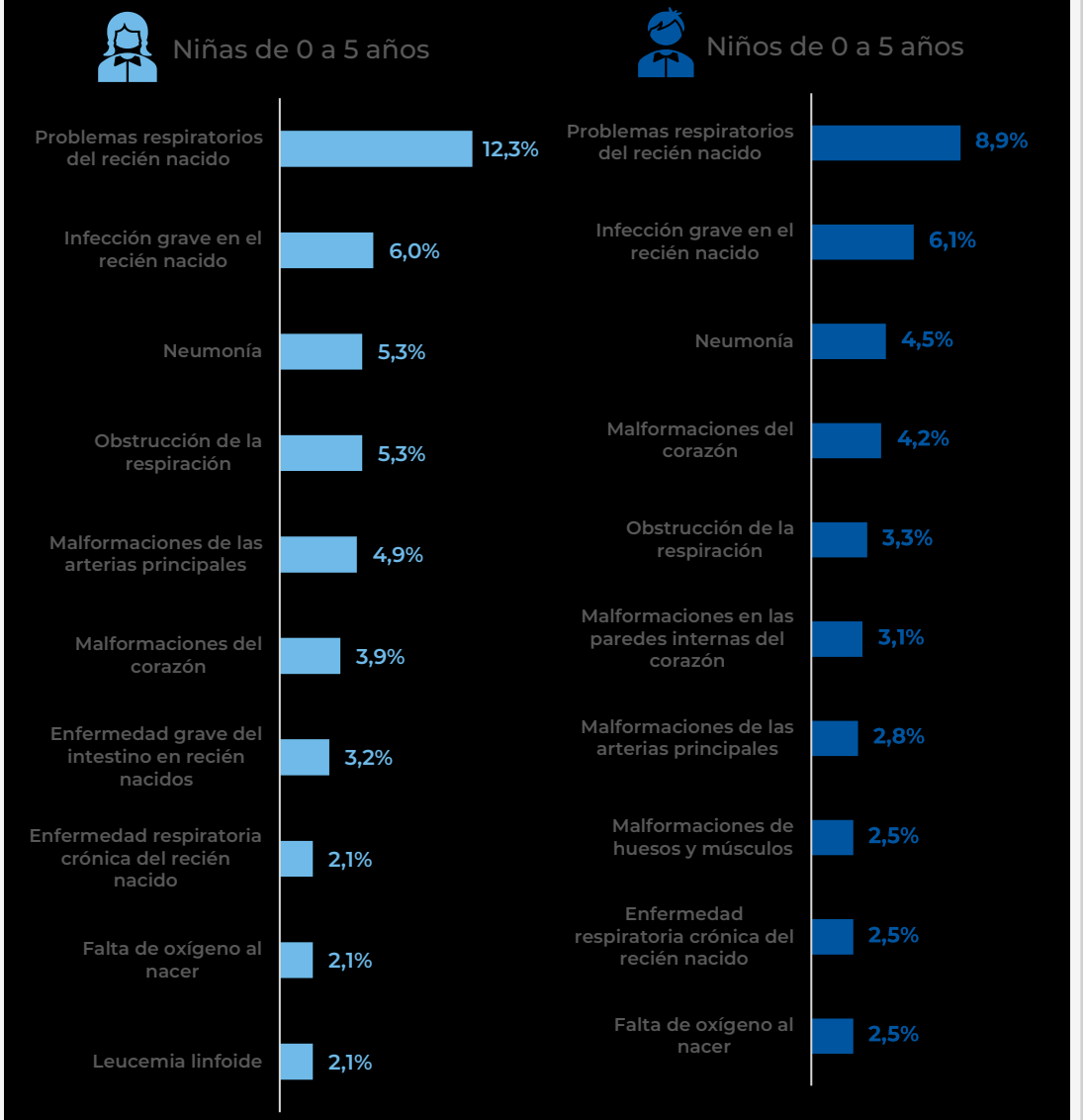
La prevención requiere controles prenatales oportunos, partos atendidos en condiciones seguras y establecimientos preparados para responder ante emergencias respiratorias e infecciones. También resulta fundamental asegurar el seguimiento después del nacimiento y facilitar que las familias accedan rápidamente a los servicios cuando identifiquen señales de alarma.

Las malformaciones congénitas del corazón, las arterias y otras partes del cuerpo también tuvieron una presencia importante entre las principales causas registradas (INEC, 2024c). Algunas de estas condiciones pueden detectarse durante el embarazo o poco después del nacimiento, lo que permite planificar la atención, iniciar tratamientos y mantener un seguimiento especializado.

Durante 2024 se registraron 285 defunciones de niñas y 359 de niños de 0 a 5 años ocurridas en el DMQ (INEC, 2024c). Aunque el número fue mayor entre los niños, esta diferencia no demuestra por sí sola que enfrenten un riesgo más alto. Para establecerlo sería necesario calcular tasas que consideren el tamaño de la población de cada sexo y analizar varios años.

Figura 36

Diez principales causas de muerte en niñas y niños de 0 a 5 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Defunciones Generales (INEC, 2024c). Las barras celestes representan a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños. Los porcentajes se calcularon por separado sobre el total de defunciones de niñas (285) y niños (359). La unidad de análisis es la persona fallecida y el territorio corresponde al cantón donde ocurrió la defunción, no necesariamente a su lugar de residencia.

4.5.2. Una mayor diversidad de causas durante la edad escolar

Durante la edad escolar, las causas de muerte son más diversas que en los primeros años de vida. Entre ellas aparecen enfermedades oncológicas, neurológicas, cardiovasculares e infecciosas, además de accidentes y otras causas externas.

En 2024 se registraron 33 defunciones de niñas y 51 de niños de 6 a 11 años ocurridas en el DMQ (INEC, 2024c). Debido al reducido número de eventos, una sola defunción equivale aproximadamente a tres puntos porcentuales entre las niñas y a dos puntos entre los niños. Por ello, pequeñas variaciones pueden modificar considerablemente los porcentajes y el orden de las causas.

Entre las niñas, la obstrucción de la respiración ocupó el primer lugar, con el 9,1% de las defunciones. Entre los niños, la principal causa fue la leucemia linfoide, con el 9,8%. Esta enfermedad también representó el 6,1% de las muertes femeninas (INEC, 2024c). Su presencia en ambos grupos evidencia la necesidad de facilitar el diagnóstico oportuno, asegurar la continuidad de los tratamientos y acompañar a las familias durante todo el proceso de atención.

Los accidentes de tránsito ocuparon el segundo lugar entre niñas y niños, con el 6,1% y el 7,8%, respectivamente (INEC, 2024c). **La seguridad vial también forma parte de la protección de la niñez**. Su fortalecimiento depende de vías seguras, control de la velocidad, cruces adecuados, sistemas de retención infantil y entornos protegidos alrededor de escuelas, parques y espacios recreativos.

Entre las principales causas también aparecen la hidrocefalia, la parálisis cerebral, la meningitis, la encefalitis, las afecciones cardiacas y distintos tipos de cáncer (INEC, 2024c). La presencia de una condición en el registro no permite reconstruir por sí sola toda la secuencia clínica que condujo al fallecimiento ni identificar otras complicaciones relacionadas. Por ello, estos resultados deben interpretarse como una descripción general y no como una explicación clínica individual. La Figura 37 desagrega estas causas según el sexo de las víctimas.

Figura 37

Diez principales causas de muerte en niñas y niños de 6 a 11 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Defunciones Generales (INEC, 2024c). Las barras celestes representan a las niñas y las barras azules oscuras, a los niños. Los porcentajes se calcularon por separado sobre el total de defunciones de niñas (33) y niños (51). Debido al reducido número de eventos, pequeñas variaciones pueden alterar considerablemente los porcentajes. El territorio corresponde al cantón donde ocurrió la defunción, no necesariamente al lugar de residencia.

4.5.3. Salud mental, accidentes y violencia durante la adolescencia

La adolescencia trae consigo una mayor autonomía, pero también nuevas exposiciones relacionadas con la movilidad, la salud mental, la violencia y las enfermedades graves. Como muestra la Figura 38, el suicidio mediante asfixia ocupó el primer lugar entre las causas de muerte de mujeres y hombres adolescentes durante 2024.

Esta causa representó el 21,0% de las defunciones femeninas y el 13,4% de las masculinas. Al incorporar los casos de suicidio mediante envenenamiento, aproximadamente una de cada cuatro muertes de mujeres adolescentes estuvo

relacionada con suicidio (INEC, 2024c). Se trata de una señal especialmente preocupante, aunque los resultados de un solo año no permiten establecer una tendencia ni comparar directamente el riesgo entre mujeres y hombres.

> *El suicidio fue la principal causa de muerte adolescente en 2024, por lo que la salud mental debe ser una prioridad*

La prevención del suicidio debe ocupar un lugar central en la protección de la adolescencia. Esto exige servicios de salud mental accesibles y oportunos, mecanismos de detección temprana, acompañamiento dentro de las instituciones educativas y entornos familiares y comunitarios en los que sea posible hablar del malestar emocional sin estigmas.

Los accidentes de tránsito ocuparon el segundo lugar en ambos grupos, con el 9,7% de las defunciones de mujeres y el 11,6% de las de hombres (INEC, 2024c). Su prevención no depende únicamente del comportamiento individual. También requiere vías seguras, reducción de la velocidad, cruces adecuados, iluminación, transporte protegido y uso de cinturones y cascos.

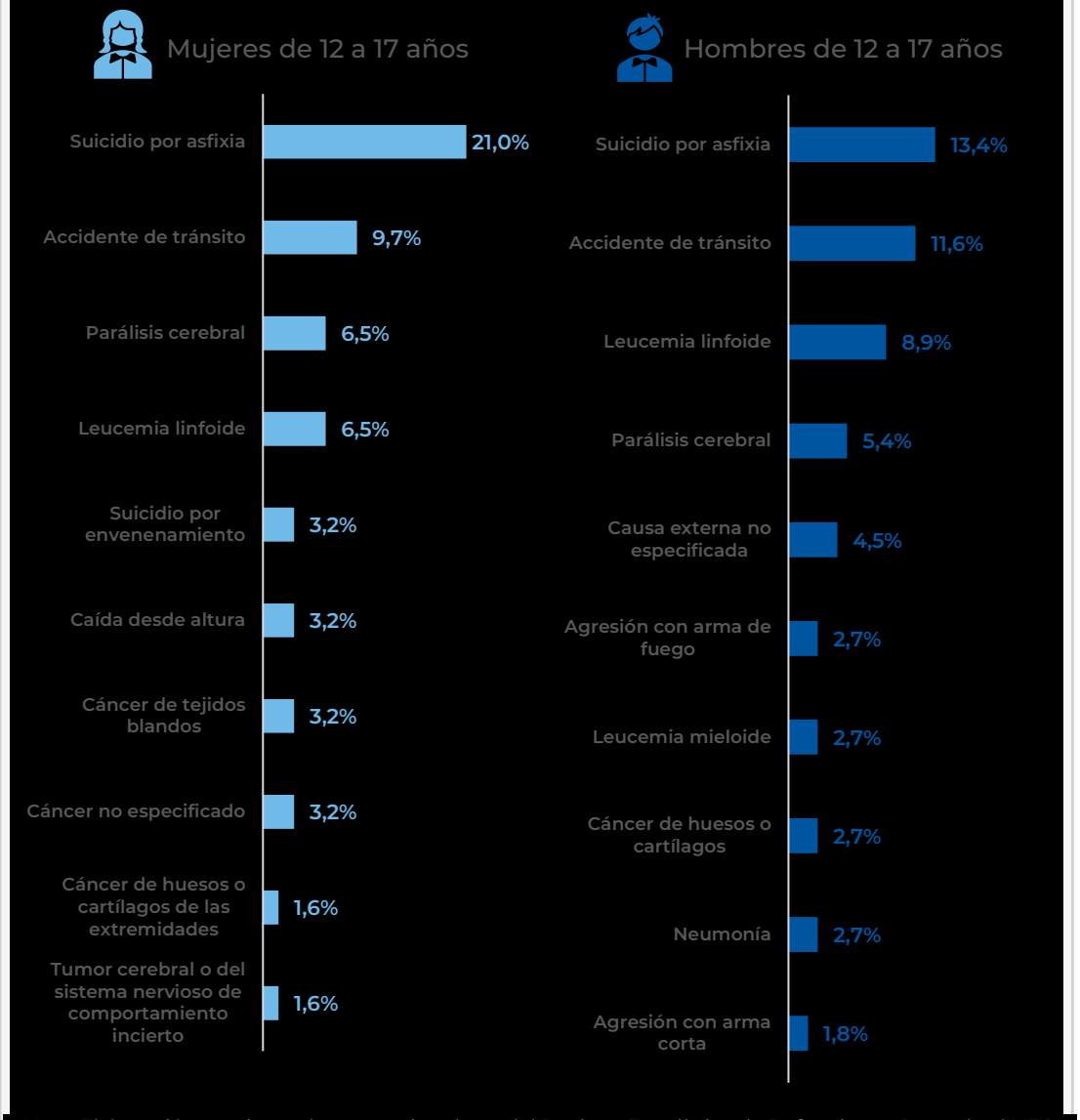
Las enfermedades oncológicas mantuvieron una presencia relevante. La leucemia linfoide representó el 6,5% de las muertes femeninas y el 8,9% de las masculinas, mientras que otros tipos de cáncer aparecieron entre las principales causas de ambos grupos (INEC, 2024c). Estas enfermedades requieren diagnóstico temprano, continuidad del tratamiento y apoyo emocional, educativo y económico para los adolescentes y sus familias.

Entre las mujeres también se registraron caídas desde altura, mientras que entre los hombres aparecieron agresiones con armas de fuego y objetos cortantes (INEC, 2024c). Estas diferencias muestran que la prevención debe considerar las formas específicas en que mujeres y hombres se encuentran expuestos al riesgo. También evidencian la necesidad de prevenir la violencia, reducir el acceso a armas y cuestionar las ideas que vinculan la masculinidad con la confrontación y la exposición al peligro.

Durante 2024 se registraron 62 defunciones de mujeres adolescentes y 112 de hombres ocurridas en el DMQ (INEC, 2024c). Al igual que en la edad escolar, estas cantidades hacen que uno o dos casos puedan modificar considerablemente los porcentajes. Por ello, es necesario analizar varios años y calcular tasas poblacionales antes de establecer diferencias persistentes entre los sexos.

Figura 38

Diez principales causas de muerte en adolescentes de 12 a 17 años según sexo, defunciones ocurridas en el DMQ, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Defunciones Generales (INEC, 2024c). Las barras celestes representan a las mujeres y las barras azules oscuras, a los hombres. Los porcentajes se calcularon por separado sobre el total de defunciones de mujeres (62) y hombres (112). Los resultados corresponden únicamente a las defunciones registradas y no miden el riesgo en el conjunto de la población adolescente. El territorio se refiere al cantón de fallecimiento, no necesariamente al lugar de residencia.

Los resultados muestran que el perfil de la mortalidad se transforma con la edad. Durante los primeros años predominan las condiciones relacionadas con el nacimiento, las afecciones respiratorias y las infecciones. En la edad escolar, las causas se diversifican, mientras que en la adolescencia adquieren mayor peso el suicidio, los accidentes de tránsito y la violencia.

Esta transformación requiere una respuesta igualmente diferenciada. La primera infancia demanda fortalecer la atención prenatal, neonatal y pediátrica. Durante la edad escolar se necesita combinar la atención especializada de enfermedades graves con la prevención de accidentes. En la adolescencia resulta prioritario reforzar la salud

mental, prevenir el suicidio y la violencia, mejorar la seguridad vial y construir entornos basados en la escucha, el respeto y la protección.

5. Educación en el DMQ: acceso, permanencia y condiciones

5.1. Matrícula

En el año lectivo 2025-2026, la educación ordinaria del DMQ registró 556.505 estudiantes. Esto supone 9.523 estudiantes menos que en el periodo anterior y una disminución del 1,7%. Aunque la variación de un año puede parecer moderada, se inscribe en una tendencia más prolongada. **Desde 2019-2020, la matrícula ha disminuido durante seis años lectivos consecutivos** (MINEDEC, 2026a).

El punto más alto de la serie se alcanzó en 2016-2017, con 654.292 estudiantes. **Frente a ese periodo, la matrícula actual presenta una reducción de 97.787 estudiantes, equivalente al 14,9%** (MINEDEC, 2026a). Esta trayectoria podría estar relacionada con la disminución de la población en edad escolar, los movimientos de población dentro y fuera del distrito o los cambios en las decisiones educativas de las familias. Por ello, su interpretación requiere considerar también la dinámica demográfica y territorial del DMQ.

La red de instituciones educativas ha experimentado una transformación similar. El número de establecimientos activos pasó de 1.998 en 2009-2010 a 1.404 en 2025-2026, lo que representa una reducción del 29,7%. Si bien durante el último año se incorporaron 31 instituciones activas, la red continúa siendo considerablemente menor que al inicio de la serie (MINEDEC, 2026a).

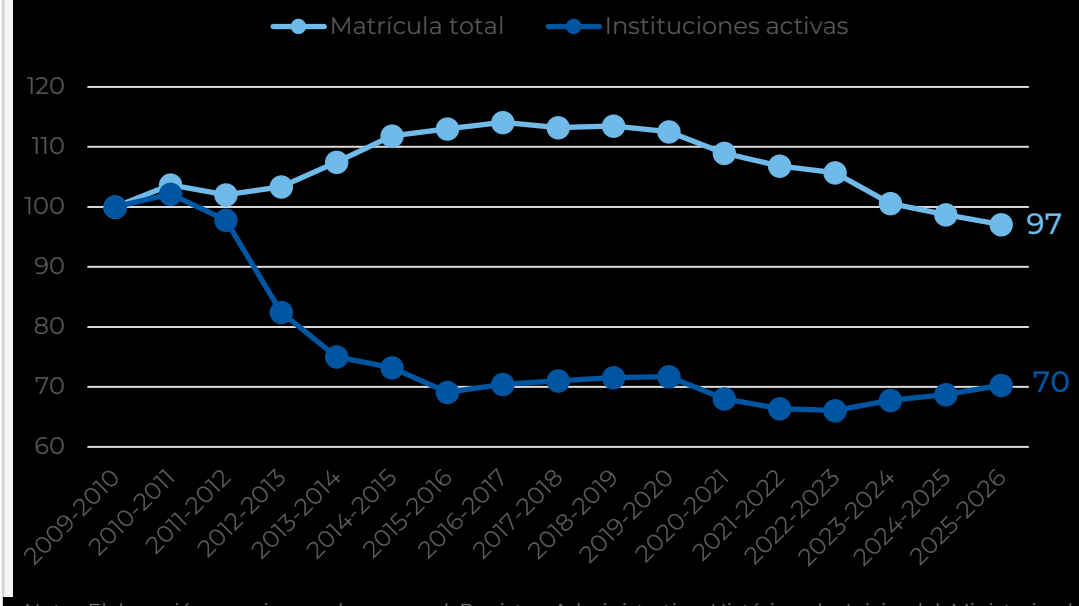
La combinación de una red más pequeña y un volumen todavía importante de estudiantes elevó el promedio de matrícula por establecimiento, que pasó de 287 estudiantes en 2009-2010 a 396 en 2025-2026. La mediana también aumentó de 100 a 160 estudiantes (MINEDEC, 2026a). **Como se observa en la Figura 39, la matrícula se distribuye actualmente en una red institucional más concentrada**. Sin embargo, esto no significa necesariamente que las aulas tengan más estudiantes, pues cada institución puede disponer de un número diferente de jornadas, cursos, paralelos y espacios educativos.

> ***La reducción general de la matrícula no significa que la demanda educativa disminuya de la misma manera en todos los territorios***

La disminución general de la matrícula no debería asumirse automáticamente como una señal para cerrar instituciones o reducir servicios. La demanda puede descender en el conjunto del DMQ y, al mismo tiempo, mantenerse o crecer en determinadas parroquias y sectores. Cualquier reorganización de la oferta debe considerar las proyecciones poblacionales, la distribución territorial del alumnado, los tiempos y distancias de traslado, la disponibilidad de transporte y la capacidad instalada de cada institución. De esta manera, los ajustes podrán responder a las necesidades de las comunidades y evitar que una reducción agregada de la matrícula genere nuevas barreras de acceso a la educación.

Figura 39

Evolución de la matrícula y de las instituciones activas en el DMQ, 2009-2010 a 2025-2026



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Inicio del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026a). La línea celeste representa la matrícula y la línea azul oscura, las instituciones activas. Ambos indicadores se presentan como índice, donde el valor 100 corresponde al año lectivo 2009-2010. Por ello, un valor mayor a 100 indica un aumento respecto de ese año inicial, mientras que un valor menor a 100 muestra una disminución. Por ejemplo, 120 significa 20% más; mientras que un valor menor a 100 muestra una disminución, por ejemplo, 80 significa 20% menos.

Como se evidencia en la Figura 40, en el periodo de análisis, la Educación General Básica continúa concentrando la mayor parte de la matrícula del Distrito Metropolitano de Quito. En el año lectivo 2025-2026 reunió a 392.372 estudiantes, equivalentes al 70,5% del total. El Bachillerato registró 123.058 estudiantes, que representan el 22,1%, mientras que Educación Inicial alcanzó 41.075, es decir, el 7,4%. La distribución por sexo se mantiene prácticamente equilibrada, con un 50,3% de hombres y un 49,7% de mujeres (MINEDEC, 2026a).

La evolución histórica no ha sido igual en todos los niveles. En comparación con 2009-2010, la matrícula de Educación Inicial casi se duplicó, con un crecimiento del 95,0%, mientras que la de Bachillerato aumentó un 14,2%. En cambio, la Educación General Básica registró una disminución del 11,8% (MINEDEC, 2026a). Estas diferencias muestran que la estructura del sistema educativo ha cambiado y que cada nivel responde a dinámicas demográficas y educativas particulares.

Pese a sus distintas trayectorias, en 2025-2026 los tres niveles se encuentran por debajo de sus respectivos puntos máximos, como se aprecia en la Figura 40. Educación Inicial presenta una reducción del 28,7% respecto de 2016-2017; la EGB, del 15,9% frente a 2014-2015; y Bachillerato, del 10,5% en comparación con 2021-2022 (MINEDEC, 2026a). La disminución reciente, por tanto, ya no se concentra en una sola etapa, sino que se extiende al conjunto de la educación ordinaria.

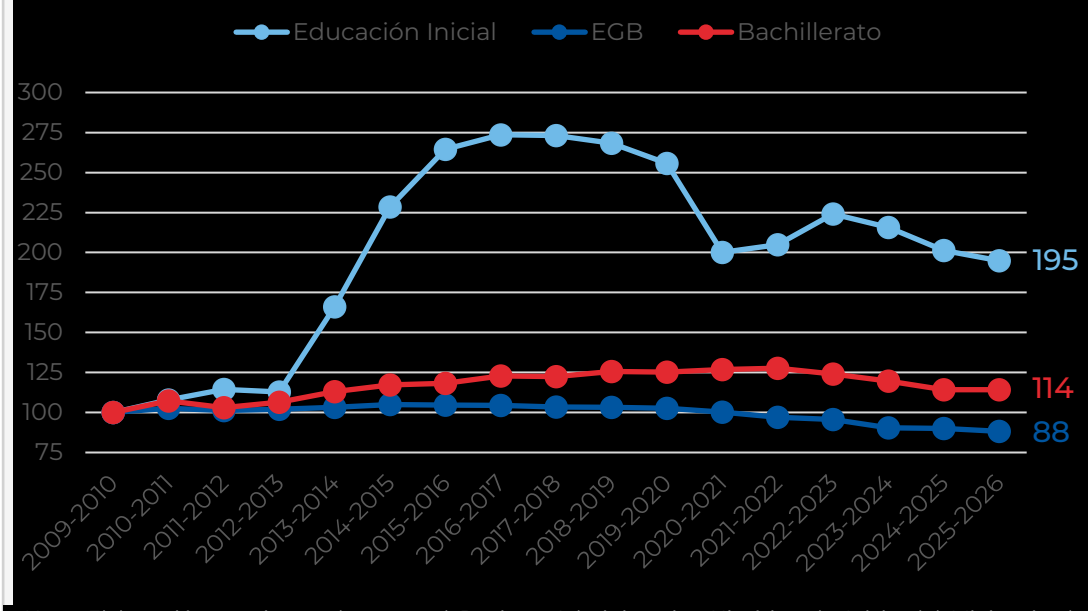
Estas cifras no permiten determinar por sí mismas si la cobertura educativa aumentó o disminuyó. Para calcular tasas netas o brutas de matrícula se requiere comparar el

número de estudiantes con la población que se encuentra en la edad oficial correspondiente a cada nivel. En Educación Inicial también deben considerarse otras modalidades y servicios, como el Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia —SAFPI—, que forman parte de la oferta educativa.

Sin esta información complementaria, la reducción de la matrícula podría responder a una combinación de factores, entre ellos una menor cantidad de niñas, niños y adolescentes en edad escolar, movimientos migratorios, cambios de residencia, asistencia a instituciones ubicadas fuera del distrito o dificultades de acceso y permanencia.

Figura 40

Evolución de la matrícula por nivel educativo en el DMQ, 2009-2010 a 2025-2026



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Inicio del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026a). La línea celeste representa Educación Inicial, la azul oscura EGB y la roja Bachillerato. Los valores se presentan como índice, donde 100 corresponde al nivel registrado en 2009-2010; por eso, un valor mayor a 100 indica aumento respecto de ese año y uno menor a 100 indica disminución. Por ejemplo, 195 significa 95% más que en 2009-2010.

La matrícula educativa del DMQ se concentra principalmente en instituciones ubicadas en áreas urbanas. En el año lectivo 2025-2026, estos establecimientos registraron 374.313 estudiantes, equivalentes al 67,3% del total. Las instituciones localizadas en áreas rurales reunieron a 182.192 estudiantes, que representan el 32,7% (MINEDEC, 2026a).

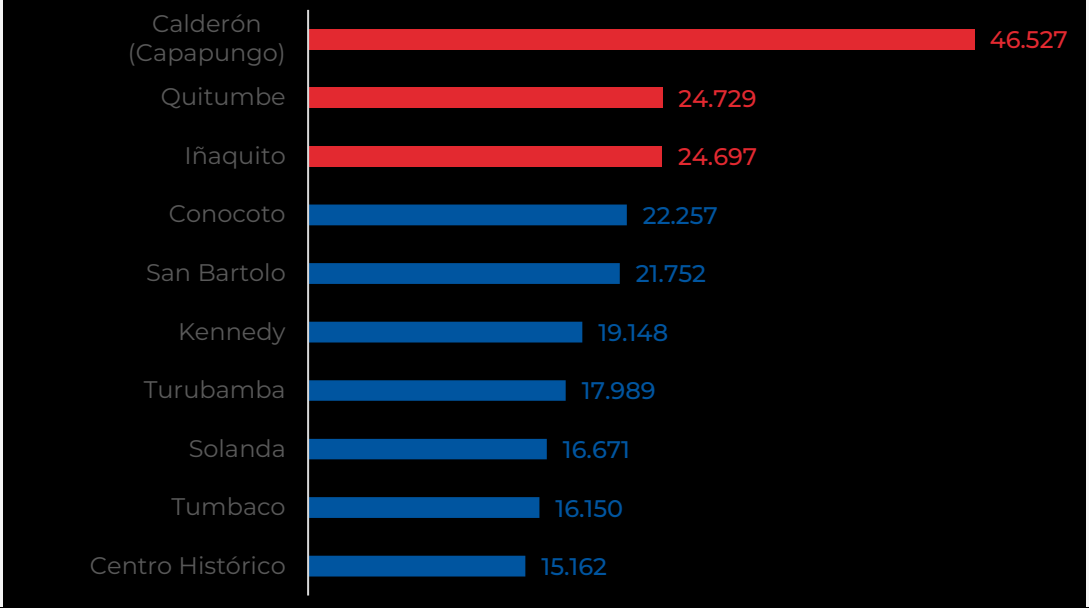
Aunque la mayor parte del alumnado continúa asistiendo a establecimientos urbanos, la participación de las instituciones rurales ha ganado importancia. Desde 2009-2010, su peso dentro de la matrícula total aumentó 8,2 puntos porcentuales (MINEDEC, 2026a). Esta variación podría relacionarse con el crecimiento poblacional y urbano de varias parroquias rurales y suburbanas, aunque también puede responder a cambios en la clasificación territorial de los establecimientos o a la presencia de instituciones que reciben estudiantes procedentes de otros sectores.

La distribución por parroquias revela una concentración territorial importante (véase la Figura 41). Las diez parroquias con mayor número de estudiantes matriculados reúnen a 225.082 personas, equivalentes al 40,4% del total del DMQ, mientras que las cinco primeras concentran aproximadamente una cuarta parte de toda la matrícula. Como se detalla en la Figura 41, Calderón (Carapungo) ocupa el primer lugar, con 46.527 estudiantes, seguida por Quitumbe, con 24.729; Iñaquito, con 24.697; Conocoto, con 22.257; y San Bartolo, con 21.752 (MINEDEC, 2026a).

Esta distribución debe interpretarse con cautela. **La parroquia registrada corresponde a la ubicación de la institución educativa y no necesariamente al domicilio del estudiante**. Una matrícula elevada puede reflejar una mayor presencia de población en edad escolar, pero también la existencia de instituciones grandes, una oferta educativa más diversa o desplazamientos cotidianos desde otras zonas del distrito.

Figura 41

Parroquias con mayor cantidad de estudiantes matriculados en instituciones educativas del DMQ, 2025-2026



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Inicio del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026a). Las barras ordenan las parroquias de mayor a menor cantidad de estudiantes, y las barras rojas resaltan las tres con mayor matrícula.

5.2. Diversidad cultural en el sistema educativo

La comunidad educativa del DMQ reúne a estudiantes con distintas nacionalidades, trayectorias y necesidades de apoyo. En el año lectivo 2025-2026 se registraron 15.242 estudiantes extranjeros, equivalentes al 2,74% de la matrícula total. Aunque esta cifra es inferior al máximo de 23.953 observado en 2020-2021, su presencia continúa siendo relevante dentro del sistema educativo (MINEDEC, 2026a).

La población venezolana constituye el grupo más numeroso, con 10.511 estudiantes, que representan el 69,0% de la matrícula extranjera (MINEDEC, 2026a). La reducción registrada durante los últimos años no implica que hayan desaparecido los desafíos relacionados con la movilidad humana. La continuidad escolar, los procesos

documentales, la convivencia respetuosa y la prevención de cualquier forma de discriminación siguen siendo componentes fundamentales de una inclusión educativa efectiva.

En cuanto a la dimensión de discapacidad en la matrícula, el registro administrativo identificó a 4.389 estudiantes con discapacidad, equivalentes al 0,79% de la matrícula. **En el periodo anterior se reportaron 6.251, por lo que la magnitud de esta variación exige interpretar el dato con cautela** (MINEDEC, 2026a). La diferencia podría relacionarse tanto con cambios en la población estudiantil como con los procedimientos empleados para registrar, actualizar o validar la información.

> *La inclusión educativa no depende únicamente del acceso a una institución, sino también de las condiciones para participar, aprender y permanecer en ella*

Este indicador representa el número de estudiantes identificados administrativamente y no una estimación de la prevalencia de discapacidad entre la población escolar. Su utilidad para la política pública aumenta cuando se complementa con información sobre los apoyos requeridos, la accesibilidad de las instituciones, los recursos especializados disponibles, las adaptaciones curriculares y la continuidad de las trayectorias educativas. Más allá de conocer cuántos estudiantes constan en el registro, resulta esencial establecer si el sistema ofrece las condiciones necesarias para que participen, aprendan y permanezcan en igualdad de oportunidades.

Los resultados presentados en la Tabla 11 amplían esta mirada al incorporar información sobre la jurisdicción intercultural bilingüe, la oferta de educación especial y el acceso institucional a internet. En conjunto, estos indicadores permiten aproximarse a distintas condiciones de inclusión y acceso, aunque deben interpretarse de acuerdo con el alcance específico de cada registro.

Tabla 11

Indicadores de inclusión y condiciones de acceso educativo, 2025-2026

Indicador	Valor	Observación
Estudiantes extranjeros	15.242 (2,74%)	La nacionalidad venezolana representa 69,0% del total extranjero.
Estudiantes con discapacidad	4.389 (0,79%)	—
Jurisdicción intercultural bilingüe	3.979 estudiantes en 14 instituciones	—
Oferta de educación especial	978 estudiantes en 8 instituciones	Se contabiliza por separado; la edad no está explícita y no toda la matrícula puede asumirse como NNA.
Acceso institucional a internet	1.192 de 1.404 instituciones (84,9%)	Existen 212 instituciones sin conexión registrada; el indicador no mide calidad, velocidad ni dispositivos.
Estudiantes en instituciones con internet	544.576 (97,9%)	11.929 estudiantes asisten a instituciones sin internet registrado.

Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Inicio del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026a). La tabla presenta indicadores seleccionados sobre inclusión y condiciones de acceso educativo en instituciones del DMQ durante el año lectivo 2025-2026.

5.3. Docentes

En el año lectivo 2025-2026, el sistema educativo del DMQ registró 31.867 docentes. Las mujeres representan el 74,4% del total, lo que evidencia su amplia presencia en la fuerza laboral educativa. En cuanto a la relación laboral, el 54,2% del personal consta bajo la modalidad de contrato y el 38,2% cuenta con nombramiento. El porcentaje restante corresponde a otras formas de vinculación (MINEDEC, 2026a).

Estos datos permiten conocer la magnitud y algunas características generales del personal docente, pero no bastan para evaluar sus condiciones de trabajo. La modalidad registrada no informa sobre la duración de los contratos, la continuidad laboral, el número de horas asignadas, la especialidad profesional, el ausentismo o la existencia de vacantes sin cubrir. Cualquier valoración sobre la estabilidad o suficiencia del personal requiere, por tanto, información adicional.

En promedio, el DMQ registra 17,5 estudiantes por docente. Sin embargo, como se observa en la Figura 42, esta relación presenta diferencias según el tipo de sostenimiento. En las instituciones fiscales alcanza 21,7 estudiantes por docente; en las municipales, 19,5; en las fiscomisionales, 19,3; y en las particulares, 12,4. **La relación más alta se encuentra en el sistema fiscal, que también concentra la mayor parte de la matrícula y enfrenta una demanda educativa considerablemente mayor** (MINEDEC, 2026a).

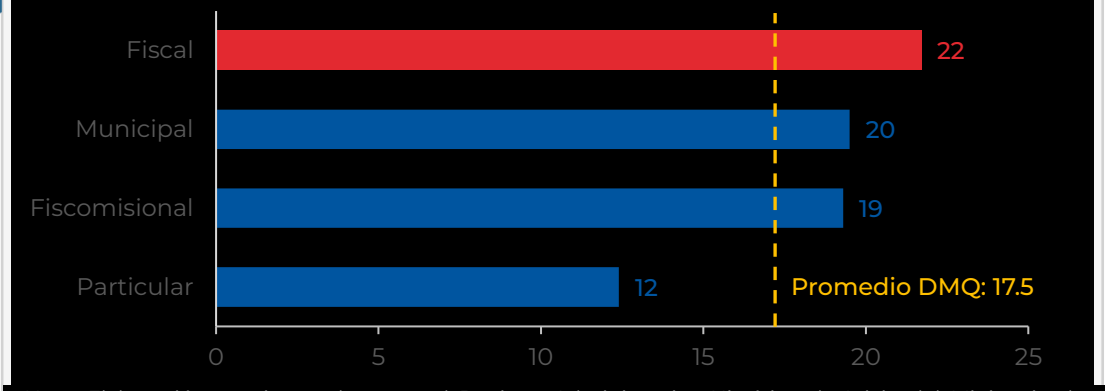
Esta relación no debe confundirse con el tamaño de los cursos. Un docente puede impartir clases a varios paralelos, trabajar con una carga horaria parcial o desempeñar funciones directivas, administrativas o de apoyo. De igual manera, una institución puede presentar un promedio general adecuado y, al mismo tiempo, mantener cursos numerosos o dificultades para cubrir determinadas asignaturas.

> ***Los promedios distritales sobre disponibilidad docente pueden ocultar necesidades específicas según el territorio, la jornada y la especialidad***

La planificación del personal también debe considerar el nivel educativo, la especialidad, la jornada y el territorio. **Un promedio favorable para el conjunto del distrito puede coexistir con necesidades específicas de docentes y personal de apoyo**. Esto puede ocurrir en escuelas rurales que no cuentan con determinados perfiles profesionales, colegios con mayor presión en algunas asignaturas o instituciones que requieren equipos de orientación y apoyo especializado. Para orientar la creación de plazas, los contratos y los nombramientos, la relación entre estudiantes y docentes debe complementarse con información sobre aulas, paralelos, carga horaria, especialidades requeridas y vacantes efectivamente cubiertas.

Figura 42

Relación de estudiantes por docente según sostenimiento, 2025-2026



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Inicio del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026a). La figura muestra la relación entre estudiantes matriculados y docentes en el DMQ, según sostenimiento, durante el año lectivo 2025-2026. Las barras representan cuántos estudiantes hay por cada docente, y la línea punteada indica el promedio del DMQ.

5.4. No promoción y abandono escolar

Al finalizar el año lectivo 2024-2025, la gran mayoría de estudiantes del DMQ continuó su trayectoria educativa con resultados favorables. El 97,7% fue promovido al siguiente grado o curso, mientras que el 1,2% no alcanzó la promoción y el 1,0% registró abandono institucional. En términos absolutos, se contabilizaron 6.913 estudiantes no promovidos y 5.595 casos de abandono (MINEDEC, 2026b).

El abandono disminuyó de manera importante frente al periodo anterior, con 2.515 casos menos y una reducción equivalente al 31,0%. Esta variación forma parte de una tendencia favorable de largo plazo. Entre 2009-2010 y 2024-2025, la tasa de abandono pasó del 2,9% al 1,0%, mientras que la no promoción se redujo del 4,0% al 1,2%. **En conjunto, los resultados muestran una mayor continuidad de las trayectorias escolares y una menor proporción de estudiantes que no concluyen el año lectivo en las condiciones previstas** (MINEDEC, 2026b).

Algunos periodos, sin embargo, requieren una lectura cautelosa. Como se distingue en el área sombreada de la Figura 43, durante 2019-2020 y 2020-2021 la no promoción descendió a niveles excepcionalmente bajos (MINEDEC, 2026b). Estos resultados coincidieron con la emergencia sanitaria y con cambios extraordinarios en las formas de evaluación, asistencia y continuidad educativa, por lo que no pueden atribuirse directamente a una mejora de los aprendizajes.

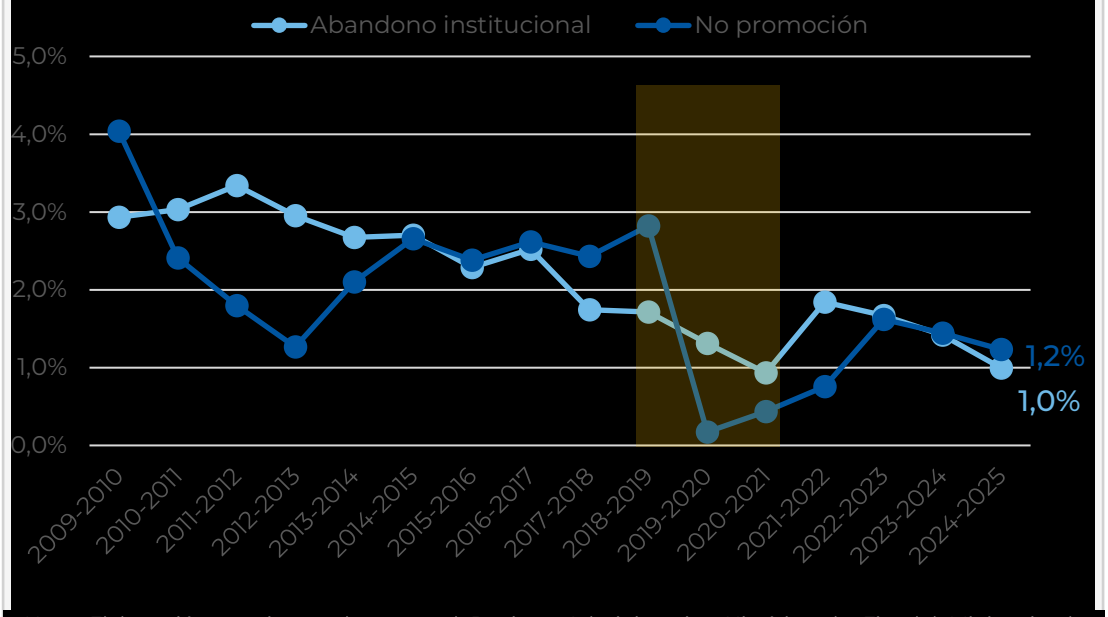
La mejora de los resultados generales puede coexistir con focos persistentes de abandono y no promoción en determinados establecimientos

Los casos de abandono tampoco se distribuyen de manera uniforme entre las instituciones. Aunque solo el 33,8% de los establecimientos registró al menos un caso, las 20 instituciones con las cifras más altas concentraron el 38,4% de todos los abandonos. Las diez primeras reunieron el 24,9% y las cinco primeras, el 16,1%. **La concentración del abandono en un grupo reducido de establecimientos permite identificar dónde se encuentran las mayores necesidades** (MINEDEC, 2026b), sin dejar de mantener el seguimiento y la prevención en todo el DMQ.

Para la política pública, el desafío no consiste únicamente en disminuir el abandono agregado, sino también en reconocer oportunamente quiénes están en riesgo de interrumpir su trayectoria y cuáles son las circunstancias asociadas. El seguimiento de la asistencia, el rezago, la movilidad estudiantil, la situación económica del hogar, las necesidades de apoyo y las dificultades de aprendizaje puede contribuir a activar respuestas antes de que ocurra la desvinculación. De igual manera, la no promoción debe examinarse junto con información sobre recuperación pedagógica, acompañamiento docente y continuidad en el sistema durante el siguiente año lectivo.

Figura 43

Evolución de las tasas de abandono institucional y no promoción en el DMQ, 2009-2010 a 2024-2025



Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Fin del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026b). La figura muestra la evolución de las tasas de abandono institucional y no promoción en el DMQ entre los años lectivos 2009-2010 y 2024-2025. La línea celeste representa el abandono institucional y la línea azul oscura, la no promoción; el área sombreada identifica los períodos de emergencia sanitaria, que requieren una lectura comparativa cautelosa.

5.5. Áreas prioritarias de acción institucional

Las brechas observadas en 2024-2025 muestran que el promedio del distrito reúne realidades educativas muy diferentes. Como se aprecia en la Tabla 12, los resultados varían según el sostenimiento, la jurisdicción y la jornada. Estas diferencias no permiten afirmar que tales características sean, por sí mismas, la causa del abandono o la no promoción. **Constituyen señales para identificar dónde es necesario profundizar el análisis, examinar las condiciones de cada institución y orientar los apoyos con mayor precisión** (MINEDEC, 2026b).

Tabla 12

Ámbitos y grupos que requieren mayor atención, 2024-2025

Ámbito	Base de estudiantes	Abandono	No promoción
Total DMQ	561.220	1,0% (5.595)	1,2% (6.913)
Fiscal	340.765	1,4% (4.599)	1,8% (6.176)
Particular	169.224	0,5% (825)	0,2% (371)
Intercultural bilingüe	4.255	2,8% (117)	0,7% (28)
Jornada nocturna	543	50,3% (273)	11,4% (62)

Nota. Elaboración propia con base en el Registro Administrativo Histórico de Fin del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC, 2026b). Las categorías pueden superponerse y no deben sumarse. Las tasas se calculan sobre estudiantes registrados al final del periodo en cada ámbito. El abandono es un resultado institucional y no equivale automáticamente a deserción definitiva.

6. Usuarios y unidades de inclusión social del MTDH

6.1. Panorama general de la oferta en el DMQ

En junio de 2026, el registro administrativo del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano[3] contabilizó 553 unidades de atención en el DMQ, con 25.958 usuarios. Este total incluye 500 mujeres gestantes; al excluirlas, se registran 25.458 usuarios. **Del conjunto de unidades, 378, equivalentes al 68,4%, atendían al menos a una persona menor de 18 años** (MTDH, 2026).

Tabla 13

Unidades de atención y usuarios por servicio en el DMQ, junio de 2026

Servicio	Unidades	Usuarios	NNA	%NNA del servicio
Desarrollo Infantil Integral	333	14.761	13.998	94,8%
Protección Especial	48	4.810	2.983	62,0%
Personas con discapacidad	65	2.091	5	0,2%
Personas adultas mayores	107	4.296	0	0,0%
Total	**553**	**25.958**	**16.986**	**65,4%**

Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La tabla muestra las unidades de atención y personas usuarias registradas en el DMQ, según servicio, en junio de 2026.

La atención de niñas, niños y adolescentes se concentra casi por completo en Desarrollo Infantil Integral y Protección Especial

Las niñas, niños y adolescentes representan el 65,4% de las 25.958 personas usuarias registradas. Desarrollo Infantil Integral reúne 13.998 NNA, equivalentes al 82,4% del total de 16.986 NNA, mientras que Protección Especial registra 2.983, correspondientes al 17,6%. Los servicios dirigidos a personas con discapacidad se identifican cinco NNA y la oferta para personas adultas mayores no registra ninguno (MTDH, 2026).

6.2. Magnitud y estructura demográfica de los NNA atendidos

En total se registraron 16.986 NNA, distribuidos entre 8.688 hombres y 8.298 mujeres, equivalentes al 51,1% y el 48,9%, respectivamente, y equivale a 104,7 hombres por cada

[3] En junio de 2026, mediante el Decreto Ejecutivo n.º 427, el Ministerio de Desarrollo Humano pasó a denominarse Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano.

100 mujeres. En términos generales, la composición por sexo es cercana a la paridad, aunque presenta variaciones en los grupos de mayor edad (MTDH, 2026).

Tabla 14

NNA atendidos por grupo de edad y sexo en el DMQ, junio de 2026

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total	% del total
0 a 3 años	7.310	6.894	14.204	83,6%
4 a 5 años	135	126	261	1,5%
6 a 11 años	739	698	1.437	8,5%
12 a 14 años	299	294	593	3,5%
15 a 17 años	205	286	491	2,9%
Total	**8.688**	**8.298**	**16.986**	**100%**

Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La tabla muestra los 16.986 NNA atendidos en el DMQ en junio de 2026, según grupo de edad y sexo. Los porcentajes se calculan sobre el total de NNA atendidos.

La primera infancia, comprendida entre los 0 y 5 años, concentra 14.465 NNA, equivalentes al 85,2% del total. El grupo de 0 a 3 años reúne por sí solo el 83,6%. En contraste, los adolescentes de 12 a 17 años suman 1.084 NNA y representan apenas el 6,4%[4] (MTDH, 2026).

> *La fuerte presencia de niñas y niños de 0 a 3 años refleja la orientación de los servicios y no la composición por edades de la población del DMQ*

Esta diferencia no reproduce la estructura por edades de la población del DMQ, sino que responde al diseño de la oferta institucional. Desarrollo Infantil Integral concentra su intervención en los primeros años de vida, mientras que la atención en edades posteriores se canaliza principalmente mediante servicios focalizados de Protección Especial.

En el grupo de 15 a 17 años se registraron 205 hombres y 286 mujeres, lo que equivale a 71,7 hombres por cada 100 mujeres. La información por modalidades sugiere que esta mayor presencia femenina se relaciona con la atención de adolescentes gestantes en el servicio Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y con su participación en acogimiento institucional y apoyo y custodia familiar. El resultado evidencia la necesidad de incorporar el enfoque de género en el análisis y la planificación de los servicios dirigidos a adolescentes (MTDH, 2026).

6.3. Oferta por servicio y modalidad

Durante junio de 2026, la atención a NNA en las unidades de inclusión social del MTDH del DMQ se concentró principalmente en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) directos y convenios, que registran 10.163 NNA, equivalentes al 59,8% de los 16.986 NNA. En segundo lugar se encuentra Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), con 3.835 NNA,

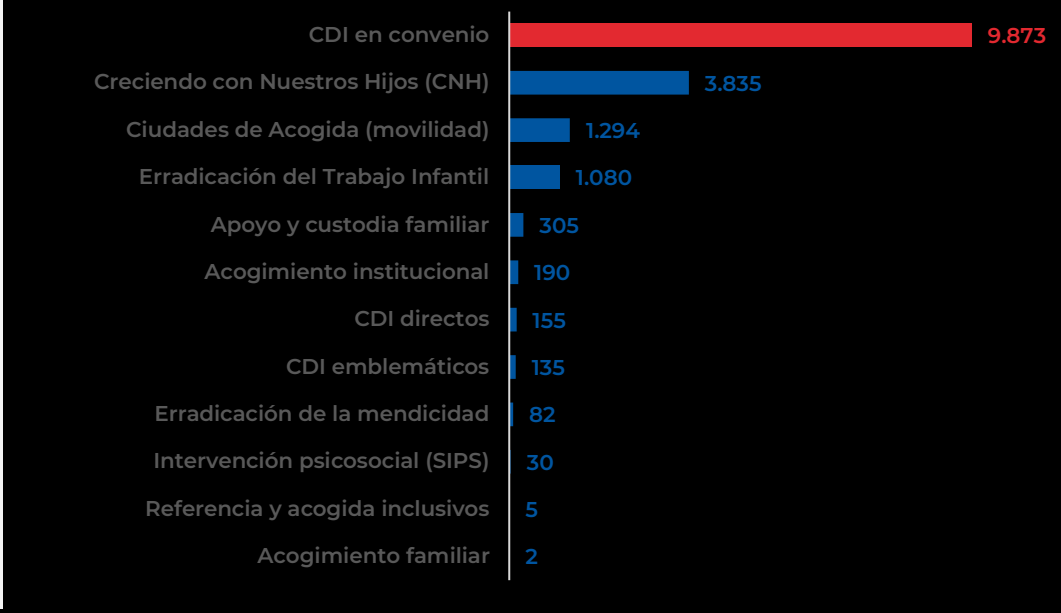
[4] Esta distribución responde al diseño de la oferta institucional y no a la estructura por edades de la población del DMQ.

seguido a considerable distancia por Ciudades de Acogida, con 1.294, y los servicios de Erradicación del Trabajo Infantil, con 1.080 (MTDH, 2026).

En conjunto, los CDI y CNH reúnen el 82,4% de los 16.986 NNA atendidos registrados, lo que evidencia una marcada concentración de la cobertura en las modalidades orientadas al desarrollo y cuidado infantil. Las demás modalidades presentan volúmenes considerablemente menores, aunque responden a situaciones específicas de protección y restitución de derechos.

Figura 44

NNA atendidos por modalidad de servicio en el DMQ, junio de 2026



Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La figura muestra el número de NNA atendidos en el DMQ según modalidad de servicio en junio de 2026. Las barras ordenan las modalidades de mayor a menor cantidad de usuarios, y la barra roja resalta la modalidad con mayor atención.

Por otro lado, considerando el grupo de edad, la atención a NNA se concentró ampliamente en el grupo de 0 a 3 años, con 14.204 NNA, que representan el 83,6% del total de 16.986 NNA atendidos (MTDH, 2026). Esta concentración se explica principalmente por la cobertura de los CDI en convenio y CNH – Misión Ternura, que en conjunto reúnen 13.708 NNA y están orientados predominantemente a la primera infancia.

Entre los grupos de mayor edad, destacan los 1.437 NNA de 6 a 11 años, atendidos principalmente mediante las modalidades de Erradicación del Trabajo Infantil y Ciudades de Acogida. Por su parte, los grupos de 12 a 14 años y 15 a 17 años registran 593 y 491 atenciones, respectivamente (MTDH, 2026). Los datos evidencian, por tanto, una estructura de servicios fuertemente concentrada en la primera infancia, mientras que las modalidades dirigidas a edades posteriores presentan una cobertura menor y se vinculan principalmente con situaciones específicas de protección, acogimiento y restitución de derechos.

Tabla 15

NNA atendidos por modalidad y grupo de edad en el DMQ, junio de 2026

Modalidad	Unidades de atención	0 a 3 años	4 a 5 años	6 a 11 años	12 a 14 años	15 a 17 años	Total NNA
CDI en convenio	219	9.857	16	0	0	0	9.873
CNH – Misión Ternura	105	3.799	0	0	3	33	3.835
CDI directos	4	155	0	0	0	0	155
CDI emblemáticos	2	135	0	0	0	0	135
Ciudades de Acogida	7	201	150	511	227	205	1.294
Erradicación del trabajo infantil	14	0	47	671	242	120	1.080
Apoyo y custodia familiar	10	37	26	125	55	62	305
Acogimiento institucional	10	17	14	68	41	50	190
Erradicación de la mendicidad	3	1	5	43	21	12	82
Intervención psicosocial (SIPS)	1	2	3	15	3	7	30
Referencia y acogida inclusivos	2	0	0	3	0	2	5
Acogimiento familiar	1	0	0	1	1	0	2
Total	**378**	**14.204**	**261**	**1.437**	**593**	**491**	**16.986**

Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La tabla muestra los 16.986 NNA atendidos en el DMQ en junio de 2026, según modalidad y grupo de edad. La fila Total presenta la suma de unidades y NNA registrados en cada grupo de edad.

6.3.1. Desarrollo infantil integral

En conjunto, Desarrollo Infantil Integral agrupa 333 unidades y 14.761 usuarios. De ellas, 330 registran 13.998 NNA. Las tres unidades restantes corresponden a Acompañamiento Familiar y registran 296 personas adultas —7 hombres y 289 mujeres—, por lo que no forman parte del universo de NNA (MTDH, 2026).

El núcleo de la oferta son los CDI en convenio, con 219 unidades y 9.873 NNA. Se complementan con cuatro CDI directos, que registran 155 NNA, y dos CDI emblemáticos, con 135. La modalidad Creciendo con Nuestros Hijos opera con 105 unidades y registra 4.302 usuarios: 3.835 NNA y 467 mujeres gestantes adultas. Entre los NNA de CNH se encuentran 33 adolescentes gestantes de 15 a 17 años (MTDH, 2026).

Tabla 16

NNA atendidos en Desarrollo Infantil Integral por banda de edad en meses en el DMQ, junio de 2026

Banda de edad	Hombres	Mujeres	Total	% del Total	Acumulado%
Menos de 6 meses	282	307	589	4,2%	4,2%
6 a 9 meses	243	223	466	3,3%	7,5%
10 a 11 meses	182	179	361	2,5%	10,1%
12 a 18 meses	860	806	1.666	11,9%	22,0%
19 a 24 meses	1.102	962	2.064	14,7%	36,8%
25 a 36 meses	2.544	2.432	4.976	35,5%	72,3%
Más de 36 meses	1.979	1.897	3.876	27,7%	100%
Total	**7.192**	**6.806**	**13.998**	**100%**	—

Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La tabla muestra los NNA atendidos en servicios de Desarrollo Infantil Integral del DMQ en junio de 2026, según banda de edad en meses y sexo. Para conciliar con 13.998 NNA se excluyeron 296 personas adultas de Acompañamiento Familiar y se incorporaron 33 adolescentes gestantes de 15 a 17 años.

Las niñas y niños menores de un año son 1.416, el 10,1% del total, mientras que casi dos tercios se concentran a partir de los 25 meses (MTDH, 2026). Esta distribución es relevante debido a que el tramo de 0 a 12 meses es aquel en el que la corresponsabilidad del cuidado y la ausencia de servicios institucionales inciden con mayor fuerza en la trayectoria laboral de las madres, y también aquel en el que la atención se sostiene predominantemente en la modalidad domiciliaria.

6.3.2. Protección especial

Con 48 unidades y 2.983 NNA, Protección Especial es el único servicio que atiende de manera sistemática a población de 6 a 17 años. Específicamente aporta el 98,9% de los NNA de 6 a 11 años, el 99,5% de los de 12 a 14 y el 99,6% de los de 15 a 17 años que están en la oferta del MTDH en el DMQ. Sus modalidades revelan las prioridades operativas del Estado central en el territorio metropolitano (MTDH, 2026):

- **Ciudades de Acogida (movilidad humana):** 7 unidades, 1.294 NNA. Es la modalidad de protección con mayor volumen.
- **Erradicación del trabajo infantil (ETI):** 14 unidades, 1.080 NNA, concentrados en 6 a 11 años (671) y 12 a 14 años (242).
- **Apoyo y custodia familiar:** 10 unidades, 305 NNA.
- **Acogimiento institucional:** 10 unidades, 190 NNA, con capacidad instalada de 245 plazas (ocupación del 77,6%).
- **Erradicación progresiva de la mendicidad:** 3 unidades, 82 NNA de 238 usuarios totales.

- **Intervención psicosocial para la prevención de vulneraciones (SIPS):** 1 unidad, 30 NNA.
- **Acogimiento familiar**: 1 unidad, 2 NNA.

6.3.3. Discapacidad

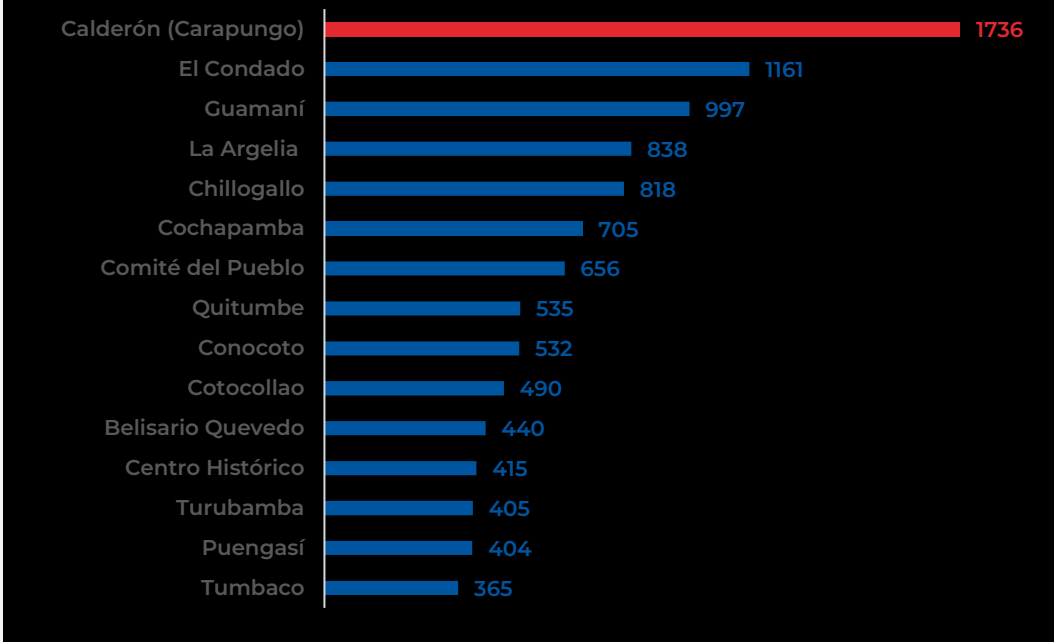
De las 65 unidades del servicio de personas con discapacidad en el DMQ, solo dos centros de referencia y acogida inclusivos registran NNA, con cinco casos (tres de 6 a 11 años y dos de 15 a 17). Los seis centros diurnos y las 57 unidades de atención domiciliaria no reportan usuarios menores de 18 años en este corte. Esto no significa que no existan NNA con discapacidad en el conjunto de la oferta. El registro identifica 64 NNA con discapacidad en unidades exclusivas para esta población; es decir, reciben atención en servicios regulares de desarrollo infantil y protección, no en la oferta especializada (MTDH, 2026).

6.4. Distribución territorial

Como muestra la Figura 45, los NNA atendidos se distribuyen en 60 de las 65 parroquias del DMQ presentes en el registro. La concentración es alta, puesto que las diez parroquias con mayor volumen reúnen 8.468 NNA, el 49,9% del total metropolitano (MTDH, 2026).

Figura 45

Parroquias con mayor número de NNA atendidos en el DMQ, junio de 2026



Nota. Elaboración propia con base en información de usuarios y unidades de inclusión social del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH, 2026). La figura muestra las parroquias del DMQ con mayor número de NNA atendidos en junio de 2026. Las barras ordenan las parroquias de mayor a menor cantidad de usuarios registrados.

7. Adopciones

La adopción constituye una medida de protección destinada a garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a vivir en una familia cuando no es posible permanecer en su entorno de origen. Su evolución en el Distrito Metropolitano de Quito muestra avances y retrocesos pronunciados, por lo que los resultados de un año aislado no bastan para establecer una tendencia.

7.1. Evolución de las adopciones en el DMQ

> ***Los datos de 2023 y 2026 corresponden a cortes parciales y no deben compararse directamente con los resultados de años completos***

Al considerar únicamente los siete años con información completa —2018 a 2022, 2024 y 2025—, la Zona 9, correspondiente al DMQ, registró 160 adopciones, con un promedio anual de 22,9. De este total, 138 fueron nacionales y 22 internacionales. Esto significa que cerca de 9 de cada 10 adopciones se concretaron con familias residentes en el país (MTDH, s.f.).

Como advierte la Figura 46, la evolución anual no siguió una trayectoria estable. Entre 2018 y 2019, el número de adopciones aumentó de 20 a 31, lo que representó un crecimiento del 55%. El resultado de 2019 estuvo particularmente influido por la vía internacional, que reunió 11 casos, equivalentes al 35,5% del total de ese año y a la mitad de todas las adopciones internacionales registradas en los siete años completos (MTDH, s.f.).

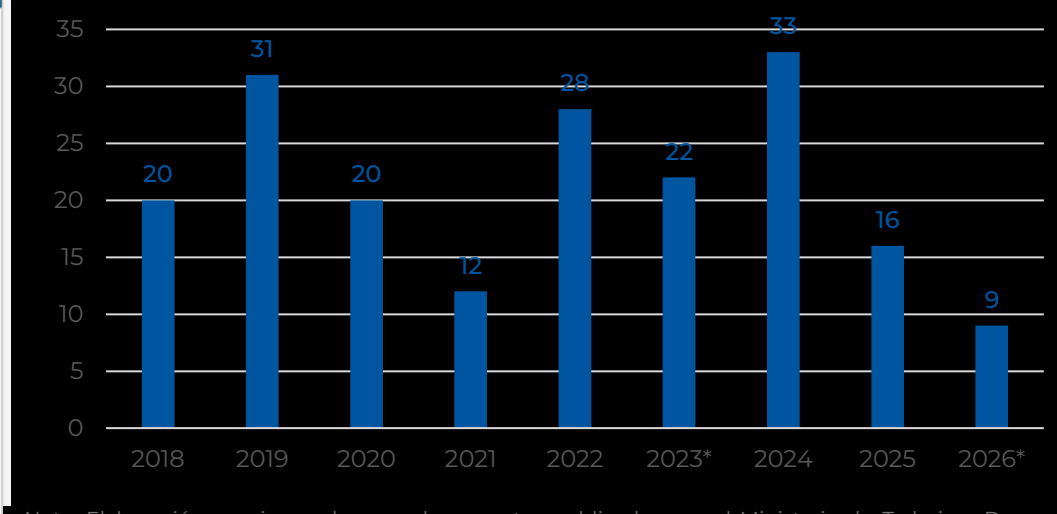
Después de este primer punto alto se produjo una contracción considerable. En 2020 se registraron 20 adopciones y en 2021 el total descendió a 12, el valor más bajo de la serie. En comparación con 2019, la reducción acumulada fue del 61,3% (MTDH, s.f.). Aunque este descenso coincidió con la pandemia de COVID-19 y con las restricciones institucionales y de movilidad de ese periodo, la información disponible no permite atribuirle una relación causal directa.

La serie comenzó a recuperarse en 2022, cuando se contabilizaron 28 adopciones, más del doble que en 2021. En 2024 se alcanzó el valor más alto del periodo, con 33 casos. El dato de 2023 requiere una lectura diferenciada, pues comprende únicamente hasta octubre. Para ese momento se habían registrado 22 adopciones, pero el corte parcial impide compararlo directamente con los años completos (MTDH, s.f.).

Después del máximo de 2024, el total disminuyó a 16 adopciones en 2025, lo que representó una reducción del 51,5% en un año. Entre enero y mayo de 2026 se registraron nueve casos. Si ese ritmo se mantuviera, el año podría cerrar con alrededor de 22 adopciones. Sin embargo, este cálculo es solamente referencial y no constituye una proyección oficial, ya que los procesos no necesariamente se distribuyen de manera uniforme durante el año (MTDH, s.f.).

Figura 46

Evolución anual de las adopciones de NNA en el DMQ, 2018-2026



Nota. Elaboración propia con base en los reportes publicados por el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano en la página Niñas, niños y adolescentes en proceso de adopción (MTDH, s.f.). La figura muestra el total de niñas, niños y adolescentes adoptados en el DMQ/Zona 9 entre 2018 y 2026. Las barras azules representan el número de adopciones registradas en cada año. Los datos de 2023 y 2026 deben interpretarse con cautela, ya que 2023 corresponde al período enero-octubre y 2026 al período enero-mayo; por tanto, no son años completos.

7.2. Adopciones nacionales e internacionales

La adopción dentro del país ha sido la principal vía durante la mayor parte del periodo, mientras que la modalidad internacional mantiene una presencia reducida

Como se observa en la Figura 47, la adopción nacional constituye la principal vía para integrar a niñas, niños y adolescentes a una familia. Al considerar todos los periodos disponibles, incluidos los cortes parciales de 2023 y 2026, se contabilizaron 191 adopciones. De ellas, 164 fueron nacionales, equivalentes al 85,9%, y 27 internacionales, correspondientes al 14,1%. En términos sencillos, aproximadamente seis de cada siete adopciones se realizaron con familias residentes en el país (MTDH, s.f.).

La adopción internacional tuvo mayor participación al inicio de la serie. En 2019 y 2020 se registraron conjuntamente 16 casos, que representan el 59,3% de las 27 adopciones internacionales observadas entre 2018 y mayo de 2026. El año 2019 fue especialmente atípico, pues 11 de sus 31 adopciones se realizaron mediante esta vía. Es decir, más de una de cada tres fueron internacionales, una proporción que no volvió a repetirse posteriormente (MTDH, s.f.).

Desde 2021, la modalidad internacional ha representado entre el 3,6% y el 18,2% del total de cada periodo. Incluso en 2024, cuando la Zona 9 alcanzó el mayor número de adopciones de toda la serie, 31 de los 33 casos fueron nacionales. De manera similar, en 2022 solamente una de las 28 adopciones registradas fue internacional (MTDH, s.f.).

Figura 47

Adopciones nacionales e internacionales de NNA en el DMQ, 2018-2026



Nota. Elaboración propia con base en los reportes publicados por el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano en la página Niñas, niños y adolescentes en proceso de adopción (MTDH, s.f.). La figura muestra la composición anual de las adopciones de NNA en el DMQ/Zona 9, diferenciando entre adopciones nacionales e internacionales. Las barras azul oscuro representan las adopciones nacionales y las barras celestes, las internacionales. Los años 2023 y 2026 deben interpretarse con cautela, ya que corresponden a cortes parciales: enero-octubre en 2023 y enero-mayo en 2026.

El predominio de la vía nacional podría reflejar una mayor capacidad para concretar adopciones con familias residentes en el país. Sin embargo, esta distribución no permite concluir que haya disminuido la necesidad de adopciones internacionales. Para interpretarla adecuadamente se requiere conocer el perfil de la niñez declarada adoptable, incluida su edad, la pertenencia a grupos de hermanos y las necesidades específicas de cuidado, así como las características de las familias solicitantes y el tiempo de permanencia dentro del sistema de protección.

7.3. Prevalencia del DMQ en el total del país

En seis de los siete años completos analizados, la Zona 9 concentró entre el 17,8% y el 31,8% de todas las adopciones registradas en Ecuador. Su participación fue especialmente alta en 2022, cuando reunió 28 de los 88 casos reportados en el país, equivalentes al 31,8%. En 2024 contabilizó 33 de las 106 adopciones, correspondientes al 31,1%. En ambos años, aproximadamente una de cada tres adopciones del Ecuador fue registrada en esta zona (MTDH, s.f.).

La principal excepción se presentó en 2021. Ese año, la Zona 9 registró 12 de las 85 adopciones reportadas a escala nacional, por lo que su participación descendió al 14,1%, el nivel más bajo de la serie. En 2025, aunque el número de casos también disminuyó considerablemente, el DMQ todavía concentró el 17,8% del total del país (MTDH, s.f.).

Al reunir los siete años completos, la Zona 9 acumuló 160 de las 641 adopciones registradas en Ecuador, equivalentes al 25%. **En otras palabras, una de cada cuatro adopciones reportadas en el país correspondió al DMQ** (MTDH, s.f.).

8. Violencia, protección y acceso a la justicia

La violencia que afecta a niñas, niños y adolescentes se manifiesta de distintas maneras y deja huellas en varios sistemas institucionales. Los registros de desapariciones, homicidios, denuncias por delitos sexuales, aprehensiones y atenciones en servicios de protección permiten observar partes diferentes del problema. **No representan un mismo universo ni pueden sumarse entre sí, pues difieren en sus periodos, unidades de análisis, coberturas y finalidades**.

Antes de examinar los resultados, es necesario distinguir qué contabiliza cada fuente. Algunas registran casos o eventos, otras víctimas y otras atenciones que pueden repetirse. Los periodos de observación también son diferentes y varios datos de 2026 corresponden a cortes parciales.

Tabla 17

Fuentes utilizadas para analizar violencia, protección y acceso a la justicia de NNA en el DMQ

Fuente	Periodo disponible	Unidad de análisis	Observaciones
Ministerio del Interior, personas desaparecidas	2017 - 2026 (parcial)	Registros de desaparición	—
Ministerio del Interior, detenciones y aprehensiones	2019 - 2026 (parcial)	Registros policiales	No prueban responsabilidad y una persona puede aparecer más de una vez
Ministerio del Interior, homicidios intencionales	2014 - 2026 (parcial)	Personas fallecidas	—

Nota. Elaboración propia con base en revisión bibliográfica.

8.1. Desapariciones de niñas, niños y adolescentes

8.1.1. Evolución de las desapariciones

La desaparición de una niña, niño o adolescente exige una respuesta inmediata y coordinada. La búsqueda no debe condicionarse a que haya transcurrido un tiempo determinado ni partir de la presunción de que la ausencia fue voluntaria.

> ***La reducción reciente no elimina la magnitud del problema. Cada desaparición continúa exigiendo una búsqueda inmediata y sostenida hasta conocer el paradero del NNA***

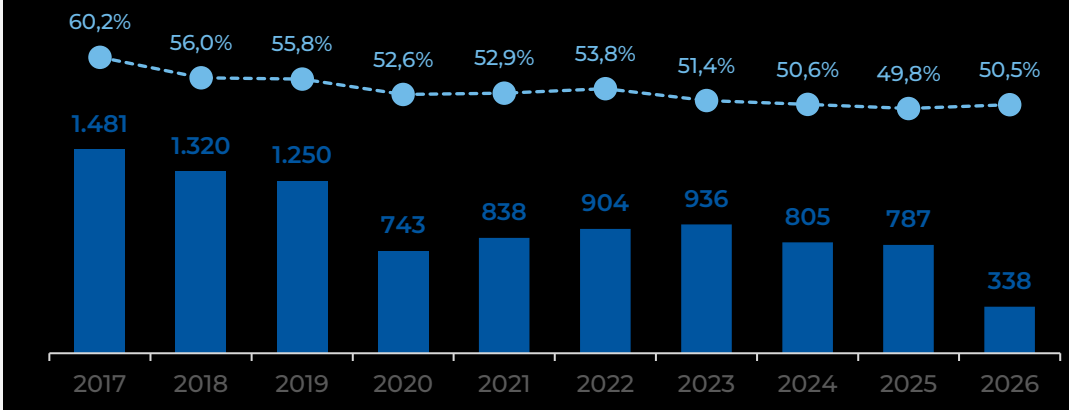
Entre 2017 y 2025 se registraron anualmente entre 778 y 1.185 desapariciones de NNA en el DMQ. Los casos disminuyeron de 1.171 en 2017 a 778 en 2020, el valor más bajo entre los años completos. Posteriormente aumentaron hasta alcanzar 1.185 en 2022 y volvieron a descender a 1.075 en 2023, 1.035 en 2024 y 803 en 2025 (MDI, 2026a). Entre 2022 y 2025, la reducción fue de 382 registros, equivalentes al 32,2%. Este descenso es relevante, pero no significa que el problema esté resuelto. Durante 2025 todavía se reportaron más de 800 desapariciones de NNA, lo que representa un promedio superior a dos registros diarios (MDI, 2026a).

La participación de esta población dentro del total de desapariciones del DMQ también disminuyó. En 2017 y 2022, los NNA representaron el 37,8% de todos los registros, mientras que en 2025 la proporción bajó al 27,4%. Esta variación se explica porque sus desapariciones disminuyeron con mayor intensidad que el total distrital. En 2024, por ejemplo, el DMQ alcanzó 3.682 desapariciones de todas las edades, mientras las correspondientes a NNA descendieron a 1.035 (MDI, 2026a).

En el corte parcial de 2026 se contabilizaron 322 desapariciones de NNA, equivalentes al 26,8% de los 1.203 registros del Distrito. Debido a que la información no comprende el año completo, no debe compararse directamente con los resultados anuales anteriores (MDI, 2026a).

Figura 48

Evolución anual de las desapariciones de NNA y su proporción respecto del total de desapariciones en el DMQ, 2017-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de personas desaparecidas (MDI, 2026a). La figura el número anual de desapariciones de NNA registradas en el DMQ entre 2017 y 2026. Las barras azules representan la cantidad de casos reportados en cada año. El año 2026 corresponde únicamente a la información disponible hasta mayo de ese año.

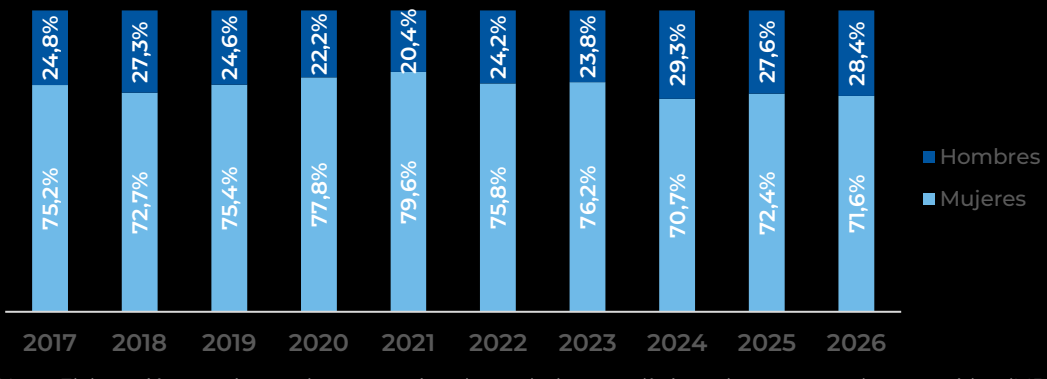
8.1.2. Desapariciones desagregadas por sexo

La reducción del número anual no ha modificado una característica sostenida de las desapariciones. **En todos los años analizados, más del 70% de los registros correspondió a niñas y adolescentes mujeres** (MDI, 2026a).

La proporción femenina alcanzó su punto más alto en 2021, con el 79,6%, frente al 20,4% de hombres. La brecha se redujo en 2024, cuando las mujeres representaron el 70,7%, pero volvió a aumentar ligeramente hasta el 72,4% en 2025. El corte parcial de 2026 presenta una distribución semejante, con el 71,6% de mujeres y el 28,4% de hombres (MDI, 2026a).

Figura 49

Distribución por sexo de las desapariciones anuales de NNA en el DMQ, 2017-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de personas desaparecidas (MDI, 2026a). La figura muestra la distribución porcentual por sexo de las desapariciones anuales de NNA en el DMQ entre 2017 y 2026. Las barras celestes representan a las mujeres y las barras azules oscuras, a los hombres; los porcentajes se calculan sobre el total de desapariciones registradas en cada año. El año 2026 corresponde únicamente a la información disponible hasta mayo de ese año.

8.1.3. Estado de los casos y circunstancias registradas

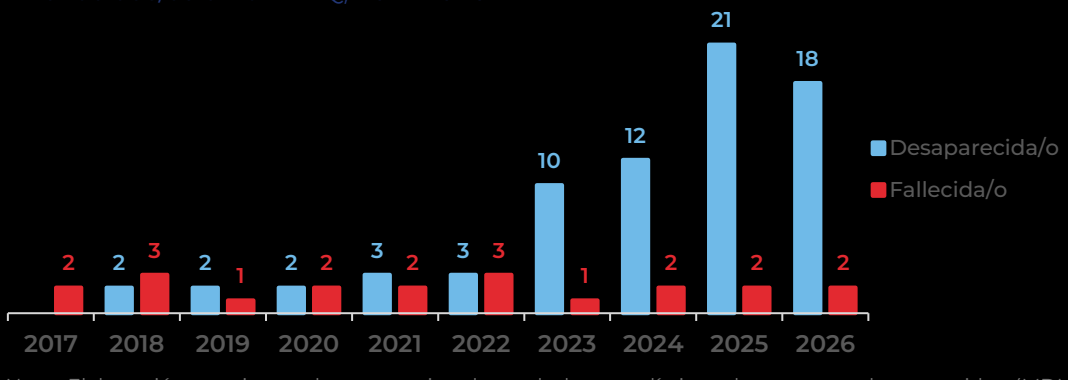
Más allá del número de reportes, resulta fundamental conocer qué ocurrió después. Entre 2017 y 2022, los casos que todavía constaban como desaparecidos al momento del corte fluctuaron entre cero y tres por año. Posteriormente aumentaron a 10 en 2023, 12 en 2024 y 21 en 2025. En el corte parcial de 2026 se registraban 18 casos (MDI, 2026a).

Este aumento debe interpretarse con cautela, pues los registros recientes han tenido menos tiempo para ser investigados y resueltos. Aun así, la acumulación de casos pendientes evidencia la necesidad de mantener las acciones de búsqueda, actualizar la información y acompañar a las familias hasta establecer el paradero de cada NNA.

Entre 2017 y el corte disponible de 2026 también se registraron 20 NNA encontrados fallecidos. La cifra anual osciló entre uno y tres casos, sin una tendencia sostenida de crecimiento o disminución. La fuente no permite establecer las circunstancias ni la causa de la muerte, por lo que no debe asumirse que ocurrió durante la desaparición o como consecuencia directa de ella (MDI, 2026a).

Figura 50

Evolución de NNA que continúan desaparecidas/os o fueron encontradas/os fallecidas/os en el DMQ, 2017-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de personas desaparecidas (MDI, 2026a). La figura muestra el número de NNA del DMQ que continuaban desaparecidas/os o fueron encontradas/os fallecidas/os entre 2017 y 2026. Las barras celestes representan los casos que permanecen como desaparecidos/as, mientras que las barras rojas corresponden a los casos encontrados como fallecidos/as. El año 2026 corresponde únicamente a la información disponible hasta mayo de ese año.

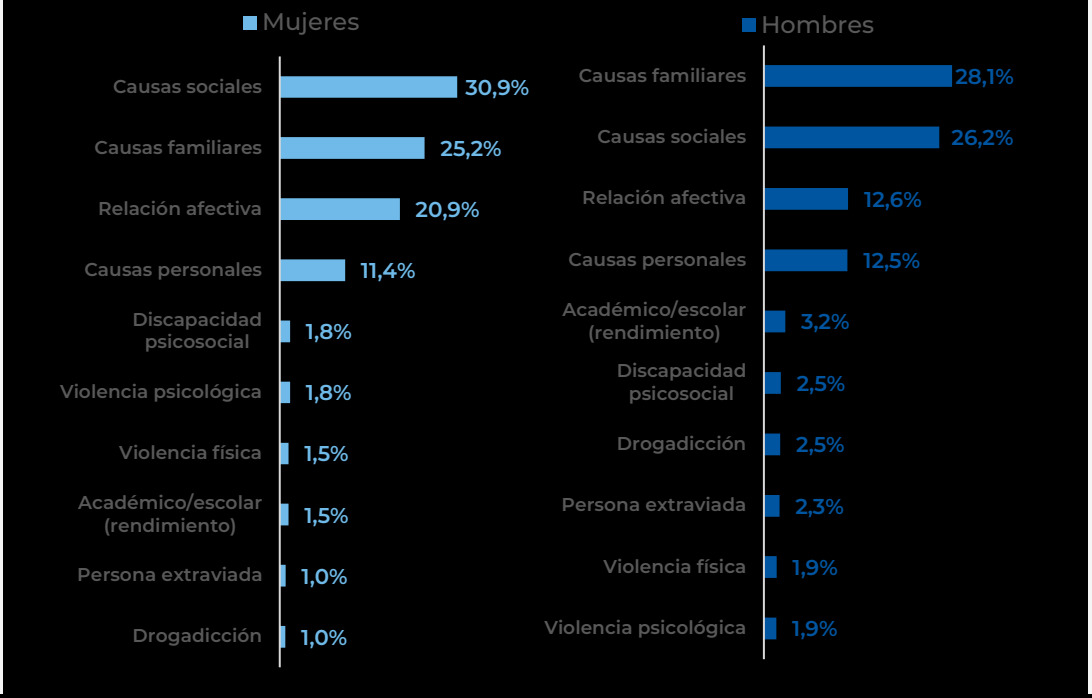
Las circunstancias consignadas se concentran en factores sociales, familiares, afectivos y personales. Entre las mujeres, las causas sociales representaron el 30,9%, las familiares el 25,2%, las relacionadas con vínculos afectivos el 20,9% y las personales el 11,4%. En conjunto, estas cuatro categorías reunieron el 88,4% de sus registros (MDI, 2026a).

Entre los hombres predominaron las causas familiares, con el 28,1%, seguidas por las sociales, con el 26,2%. Las relaciones afectivas representaron el 12,6% y las causas personales el 12,5%. En conjunto, estas categorías concentraron el 79,4%. Las causas académicas tuvieron una presencia mayor entre los hombres, con el 3,2%, frente al 1,5% entre las mujeres (MDI, 2026a).

Categorías como causas sociales, familiares o personales requieren definiciones metodológicas más precisas. Su amplitud limita la posibilidad de identificar los hechos concretos que antecedieron a la desaparición. Aun así, los resultados muestran que la prevención no puede limitarse a las acciones de búsqueda. También debe fortalecer los entornos familiares, las redes comunitarias, las relaciones afectivas libres de violencia y los mecanismos mediante los cuales los NNA pueden solicitar ayuda.

Figura 51

Diez principales causas de desaparición en NNA, según sexo, en el DMQ, 2017-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de personas desaparecidas (MDI, 2026a). comparan el porcentaje de mujeres y hombres en las principales causas consignadas. Los porcentajes se calcularon por separado sobre el total de registros de cada sexo. Las categorías administrativas resumen situaciones complejas y no constituyen explicaciones causales definitivas.

8.2. Adolescentes detenidos o aprehendidos

8.2.1. Diferencias entre detención y aprehensión

Entre 2019 y mayo de 2026 se registraron 2.116 casos de adolescentes detenidos o aprehendidos en el DMQ. La mayoría correspondió a aprehensiones, con 1.912 registros, mientras que las detenciones sumaron 204. En términos relativos, aproximadamente nueve de cada diez casos fueron aprehensiones (MDI, 2026b).

Aunque ambas situaciones implican una privación temporal de libertad, no significan lo mismo. La detención se ejecuta por orden de una autoridad judicial competente. La aprehensión suele producirse cuando una persona es sorprendida durante o inmediatamente después de un presunto delito flagrante. **Ninguno de estos registros demuestra por sí solo que el adolescente sea responsable de una infracción**.

Los hombres concentraron el 84% de las detenciones, con 171 registros, mientras las mujeres representaron el 16%, con 33. Entre las aprehensiones, 1.574 correspondieron a hombres y 338 a mujeres, equivalentes al 82% y el 18%, respectivamente (MDI, 2026b).

Esta concentración masculina no permite identificar sus causas. Para comprenderla se necesitaría incorporar información sobre edad, territorio, presunta infracción y condiciones familiares y sociales. Los resultados tampoco deben utilizarse para estigmatizar a los adolescentes. Toda actuación debe respetar la presunción de inocencia, el debido proceso y el carácter socioeducativo de la justicia juvenil.

Figura 52

Adolescentes detenidas/os o aprehendidas/os según sexo en el DMQ, 2019-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de personas detenidas y aprehendidas (MDI, 2026b). La figura resume el número de adolescentes detenidas/os y aprehendidas/os en el DMQ entre 2019 y 2026. A la izquierda se presentan las detenciones, entendidas como privaciones temporales de libertad ordenadas por autoridad judicial con fines investigativos; a la derecha, las aprehensiones, referidas a casos de captura ante presuntos delitos flagrantes. El año 2026 corresponde únicamente a la información disponible hasta mayo de ese año.

8.2.2. Evolución anual de las detenciones y aprehensiones

Entre 2019 y 2025, las detenciones y aprehensiones disminuyeron de 447 a 262 casos, una reducción del 41,4%. El cambio más pronunciado ocurrió en 2020, cuando el total descendió a 278. Posteriormente se registraron 222 casos en 2021 y 218 en 2022, el valor más bajo entre los años completos (MDI, 2026b).

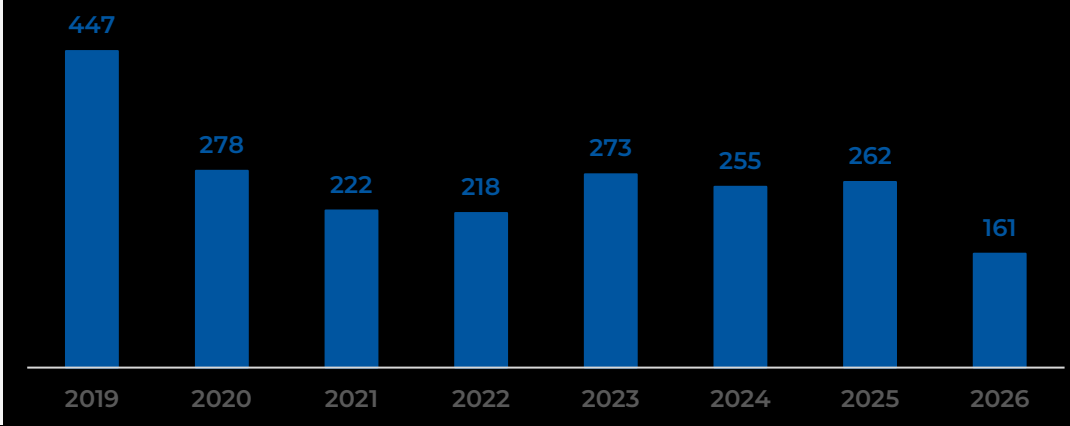
La trayectoria cambió en 2023, cuando se contabilizaron 273 casos, un incremento del 25,2% respecto de 2022. En 2024 se registraron 255 y en 2025, 262. Por tanto, durante los últimos tres años completos los valores se mantuvieron entre 255 y 273, sin volver al nivel de 2019 (MDI, 2026b).

Entre enero y mayo de 2026 se contabilizaron 161 casos, equivalentes aproximadamente al 61% de todo lo registrado durante 2025. Sin embargo, esta comparación debe considerarse únicamente referencial, pues enfrenta cinco meses con un año completo (MDI, 2026b).

La evolución de estos registros no debe interpretarse automáticamente como un aumento o una disminución de la participación adolescente en infracciones. Además de que una misma persona podría aparecer más de una vez, los valores dependen de la actividad de control, los mecanismos de registro y las formas de actuación institucional.

Figura 53

Evolución anual de las detenciones y aprehensiones de adolescentes en el DMQ, 2019-2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de personas detenidas y aprehendidas (MDI, 2026b). El gráfico muestra la evolución anual de las detenciones y aprehensiones de adolescentes en el DMQ entre 2019 y 2026. Las barras azules representan el número total de casos registrados en cada año. El año 2026 corresponde únicamente a la información disponible hasta mayo de ese año.

8.3. Violencia letal contra niñas, niños y adolescentes

Esta sección utiliza dos fuentes. El Ministerio del Interior registra homicidios intencionales de víctimas de ambos sexos, mientras que el Consejo de la Judicatura presenta femicidios y otras muertes violentas de víctimas femeninas. **Los resultados se superponen parcialmente y no deben sumarse, debido a sus diferencias conceptuales, temporales y administrativas**.

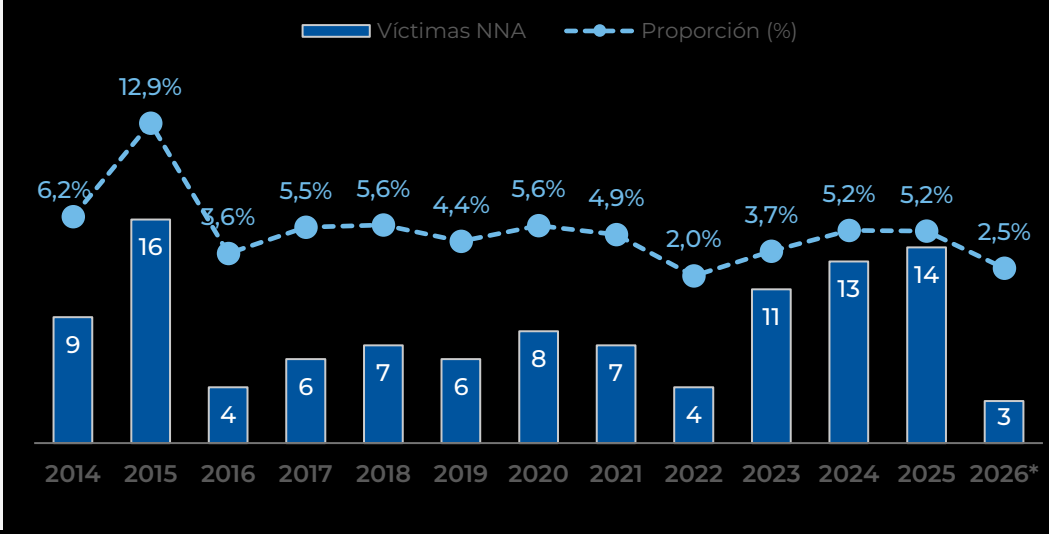
8.3.1. Homicidios intencionales registrados por el Ministerio del Interior

Entre enero de 2014 y junio de 2026 se registraron 108 NNA víctimas de homicidio intencional en el DMQ. Representaron el 5% de las 2.174 víctimas de todas las edades contabilizadas durante el periodo. El término reúne las categorías administrativas de homicidio, asesinato y femicidio (MDI, 2026c).

La trayectoria fue irregular. El máximo se registró en 2015, con 16 víctimas. Entre 2017 y 2021, la cifra fluctuó entre seis y ocho casos anuales y en 2022 descendió a cuatro. Posteriormente aumentó a 11 víctimas en 2023, 13 en 2024 y 14 en 2025. Estos tres años reunieron 38 casos, equivalentes al 35,2% de todo el periodo (MDI, 2026c).

Figura 54

Evolución anual de las víctimas NNA de homicidio intencional y su participación sobre el total del DMQ, 2014-junio de 2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de homicidios intencionales (MDI, 2026c). Las barras representan el número de víctimas NNA y la línea, su proporción respecto de todas las víctimas de homicidio intencional del DMQ. El dato de 2026 comprende únicamente de enero a junio y se diferencia visualmente de los años completos.

La comparación de los primeros semestres permite interpretar mejor el dato más reciente. Entre enero y junio se registraron cinco víctimas en 2023, ocho en 2024 y 11 en 2025. En 2026, el número disminuyó a tres, ocho menos que en el mismo periodo del año anterior. La participación de los NNA en el total distrital también bajó del 8% al 2,5% (MDI, 2026c).

El descenso de 2026 interrumpe el crecimiento observado entre 2023 y 2025, pero no permite afirmar que el problema esté resuelto. Al tratarse de cifras pequeñas y de un corte semestral, será necesario observar el cierre del año y analizar qué factores pudieron contribuir a esta disminución.

8.3.2. Distribución por sexo y edad de las víctimas

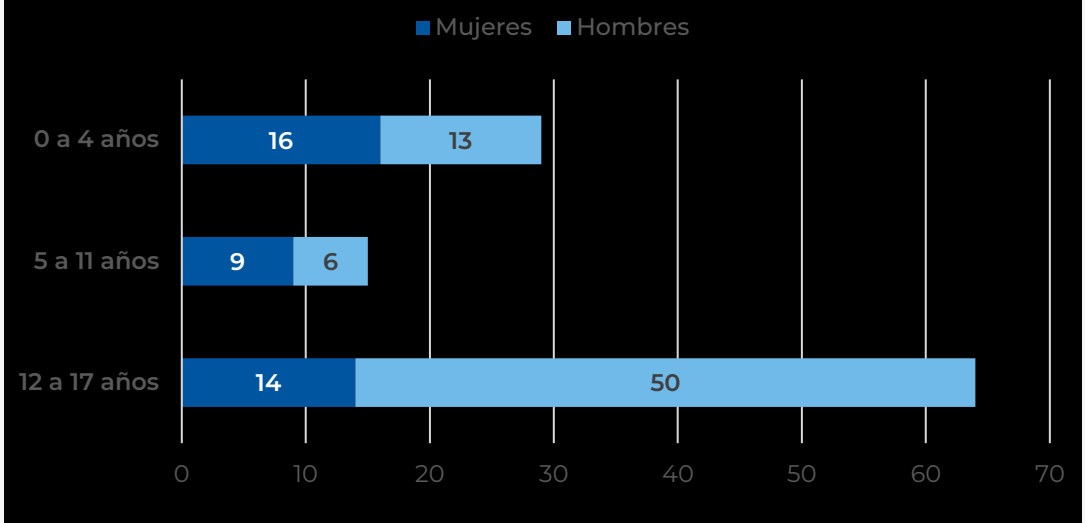
La adolescencia reunió 64 de las 108 víctimas, equivalentes al 59,3%. La primera infancia concentró 29 casos, correspondientes al 26,9%, y el grupo de 5 a 11 años registró 15, que representan el 13,9% (MDI, 2026c).

Durante los primeros años exige fortalecer la protección en los entornos de cuidado, mientras que en la adolescencia afecta principalmente a los hombres y adquiere una dimensión comunitaria

En el total del periodo, los hombres constituyeron el 63,9% de las víctimas y las mujeres el 36,1%. Sin embargo, la diferencia cambia con la edad. Las mujeres representaron el 55,2% de las víctimas de 0 a 4 años y el 60% de las de 5 a 11. En la adolescencia, el patrón se invirtió. De las 64 víctimas de 12 a 17 años, 50 fueron hombres, equivalentes al 78,1% (MDI, 2026c).

Figura 55

Víctimas NNA de homicidio intencional por grupo de edad y sexo, 2014-junio de 2026



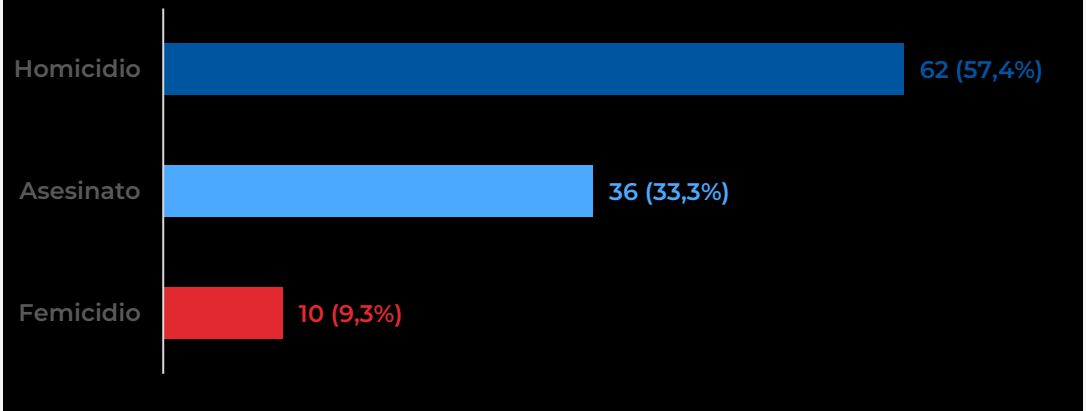
Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de homicidios intencionales (MDI, 2026c). Las barras muestran el número de mujeres y hombres en cada grupo de edad y las etiquetas indican el total correspondiente.

8.3.3. Homicidio, asesinato y femicidio

La clasificación administrativa registró al 57,4% de las víctimas como homicidio, al 33,3% como asesinato y al 9,3% como femicidio. Esta última categoría reunió 10 casos, equivalentes al 25,6% de las 39 víctimas mujeres. Seis de los femicidios ocurrieron entre 2023 y 2025 y tres se registraron únicamente en 2025 (MDI, 2026c).

Figura 56

Víctimas NNA según el tipo de muerte registrado en el DMQ, 2014 – junio de 2026



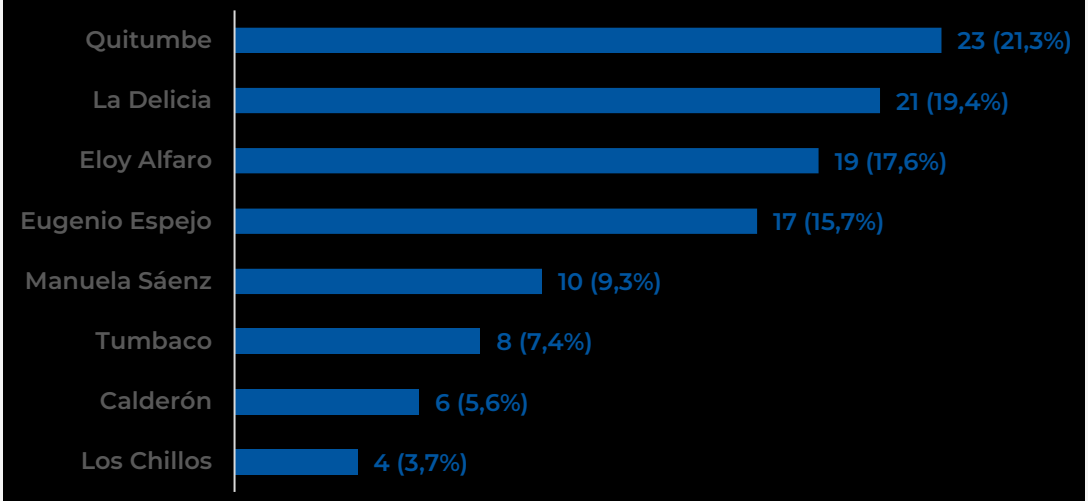
Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de homicidios intencionales (MDI, 2026c). La figura presenta la distribución de las víctimas entre homicidio, asesinato y femicidio, de acuerdo con la clasificación consignada en el registro administrativo. El dato de 2026 comprende únicamente de enero a junio.

8.3.4. Distribución territorial y lugares de ocurrencia de los homicidios

Los 108 casos se distribuyeron entre los ocho distritos policiales del DMQ. Quitumbe registró 23 víctimas, La Delicia 21 y Eloy Alfaro 19. En conjunto reunieron 63 casos, equivalentes al 58,3%. Al incorporar Eugenio Espejo, con 17 víctimas, los cuatro distritos concentraron el 74,1% (MDI, 2026c).

Figura 57

Víctimas NNA según el distrito del DMQ, 2014 - junio 2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de homicidios intencionales (MDI, 2026c). Las barras representan el número de víctimas registrado en cada distrito policial. Estas unidades no equivalen necesariamente a parroquias o administraciones zonales. El dato de 2026 comprende únicamente de enero a junio.

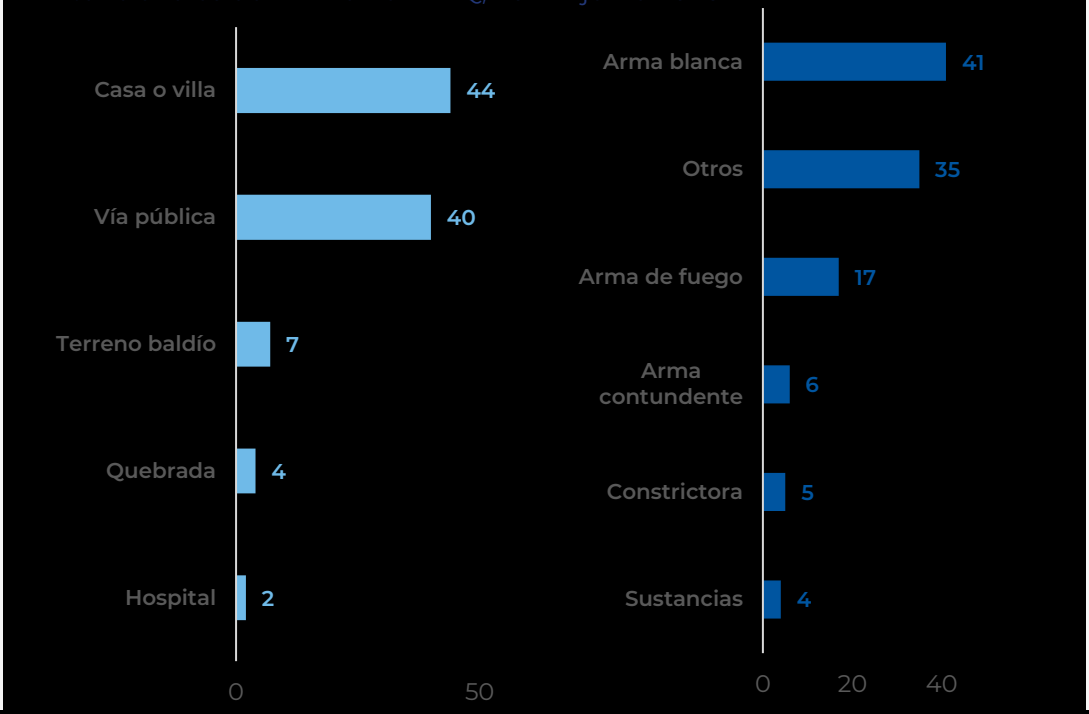
La concentración territorial varió con el tiempo. La Delicia reunió seis de las 13 víctimas de 2024, mientras Eloy Alfaro concentró cinco de las 14 registradas en 2025. Los tres casos del primer semestre de 2026 se ubicaron en Calderón, Quitumbe y Tumbaco. En una escala más detallada, La Roldós acumuló ocho víctimas, Cochapamba siete, Turubamba seis y Ferroviaria y Las Cuadras cinco cada uno. No obstante, los registros se distribuyeron entre 50 circuitos y 78 subcircuitos (MDI, 2026c).

Esta combinación de concentración y dispersión sugiere la necesidad de focalizar acciones en zonas recurrentes sin debilitar la capacidad de respuesta en el resto del Distrito. Antes de priorizar recursos exclusivamente mediante conteos, se requieren tasas poblacionales y una equivalencia verificable entre las unidades policiales y las divisiones administrativas municipales.

Casi todos los hechos fueron registrados en el área urbana, con 105 de las 108 víctimas. Los espacios privados reunieron 57 casos y los públicos 51. La casa o villa, con 44 víctimas, y la vía pública, con 40, concentraron conjuntamente el 77,8% (MDI, 2026c).

Figura 58

Principales lugares y grupos de armas registrados en homicidios intencionales de NNA en el DMQ, 2014 – junio 2026



Nota. Elaboración propia con base en microdatos de las estadísticas de homicidios intencionales (MDI, 2026c). La figura muestra los lugares con mayor número de víctimas y los grupos de armas registrados. Las categorías describen el contenido administrativo y no sustituyen la investigación de cada caso. El dato de 2026 comprende únicamente de enero a junio.

Las armas blancas fueron el grupo más frecuente, con 41 víctimas, equivalentes al 38%. La categoría "otros" reunió 35 y las armas de fuego, 17. En el detalle, el cuchillo apareció en 31 casos y la pistola en 11. Otros 31 registros indicaron "ninguna" como tipo de arma, lo que no significa ausencia de violencia, pues pudieron intervenir golpes, estrangulación, sofocación u otros mecanismos (MDI, 2026c).

Las motivaciones presuntas se distribuyeron principalmente entre violencia intrafamiliar, con 37 víctimas, delincuencia común, con 34, y violencia comunitaria, también con 34. Entre las motivaciones observadas destacaron las riñas, con 31 casos, la categoría sentimental, con 23, las amenazas y el maltrato, con 14 cada una, y el robo a personas, con 11 (MDI, 2026c).

Los mecanismos más frecuentes fueron las heridas por arma blanca, con 41 víctimas, seguidas por las heridas de arma de fuego, con 17, y las heridas contusas, con 15. La estrangulación y la sofocación registraron ocho casos cada una (MDI, 2026c). La diversidad de entornos y mecanismos muestra que la prevención necesita articular la protección familiar, la mediación comunitaria, la atención de amenazas y la reducción del acceso a armas.

Conclusiones

Este estudio reunió y procesó la información estadística disponible sobre las niñas, niños y adolescentes que viven en el Distrito Metropolitano de Quito para construir una línea de base común. Su alcance es descriptivo, y no evalúa programas ni establece relaciones causales. En conjunto, la evidencia muestra seis hallazgos centrales.

La transición demográfica está más avanzada en el DMQ que en el conjunto del país y modifica la composición de la demanda pública. En 2022 residían en el DMQ 700.591 NNA, equivalentes al 26,1% de su población, frente al 40,5% de 1990 y al 31,0% nacional (INEC, 2010; INEC, 2022). Hacia 2035, la población de 0 a 19 años disminuiría del 26,1% al 20,3% entre las mujeres y del 28,3% al 21,9% entre los hombres (INEC, 2024b). Al mismo tiempo, casi 8 de cada 10 NNA tienen entre 5 y 17 años (INEC, 2022). Esto desplaza una parte importante de las necesidades hacia la edad escolar y la adolescencia, etapas con menor presencia en la oferta de inclusión social del MTDH analizada.

El territorio y la diversidad impiden una respuesta uniforme. Seis parroquias concentran 230.199 NNA, cerca de un tercio del total, y Calderón reúne por sí sola el 10,2%. A la vez, 251.139 NNA, equivalentes al 36%, residen en áreas rurales (INEC, 2022). En las zonas de concentración, el desafío principal es la capacidad de atención, mientras que en las zonas dispersas son decisivas la cercanía y la movilidad. Los promedios también ocultan a 51.076 NNA indígenas de más de treinta pueblos y nacionalidades, cerca de 28.000 afroecuatorianos, 10.831 con al menos una dificultad funcional permanente y alrededor de 25.000 nacidos en otro país (INEC, 2022), además de 9.600 personas de 13 a 18 años inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2023). Incluso una proporción pequeña puede representar a miles de personas que requieren accesibilidad, pertinencia cultural y protección frente a la discriminación.

Las carencias de acceso a servicios se concentran en la niñez y la brecha digital adquiere una importancia particular. Los NNA viven en 420.539 hogares, equivalentes al 48,1% de los hogares del DMQ. El 52% no es propietario de su vivienda, el 13,4% de las viviendas presenta déficit habitacional y el hacinamiento aumenta del 6,4% general al 31,1% en los hogares con cuatro o más NNA (INEC, 2022). Aunque las coberturas de agua, saneamiento y electricidad superan el 94%, el 32,8% de los hogares con NNA carece de computadora y el 17,6% no dispone de internet fijo. La proporción sin computadora llega al 57,1% en Gualea, mientras que Quitumbe concentra 17.305 hogares en esta condición (INEC, 2022). La pobreza por necesidades básicas insatisfechas afecta al 19,5% de los NNA de 0 a 11 años y al 16,6% de los adolescentes, porcentajes superiores a los de los demás grupos de edad (INEC, 2022).

En salud conviven un avance y varias alertas. Los nacidos vivos vinculados con gestaciones iniciadas antes de los 18 años disminuyeron 63,3% entre 2014 y 2024, por encima de la reducción general de nacimientos, que fue del 36,6% (INEC, 2014-2024). Sin embargo, en 2024 el suicidio fue la principal causa de muerte entre las mujeres y los hombres de 12 a 17 años y, al sumar los casos por envenenamiento, cerca de una de cada cuatro defunciones de adolescentes mujeres estuvo vinculada con suicidio (INEC, 2024c). Ese año se registraron 579.229 dosis de vacunas, 69.456 menos que en

2023, una caída del 10,7% que dejó el total por debajo del nivel de 2021. La relación entre segundas y primeras dosis fue del 39,1% para VPH y se mantuvo alrededor del 88% para SRP, en un sistema donde el MSP administró el 97,9% de las dosis y ocho establecimientos concentraron el 27,6% (MSP, 2021-2024). La ENDI no produce estimaciones para el DMQ y la referencia provincial más cercana (Pichincha) registra 20,6% de desnutrición crónica en menores de cinco años y 44,0% de anemia entre los 6 y 59 meses, doce puntos porcentuales sobre el promedio nacional (INEC, 2024e). Persisten además 242 nacidos vivos de gestaciones iniciadas entre los 10 y 14 años en 2024 (INEC, 2014-2024).

La oferta de inclusión social del MTDH analizada se concentra en la primera infancia. De los 16.986 NNA registrados en junio de 2026, el 85,2% tenía entre 0 y 5 años y el 6,4% entre 12 y 17. Protección Especial reunió casi toda la atención registrada para la población de 6 a 17 años y el acogimiento familiar reportó dos casos (MTDH, 2026). En educación, el abandono institucional descendió al 1,0%, pero veinte instituciones concentraron el 38,4% de los casos y la tasa de abandono de la jornada nocturna alcanzó el 50,3%, con 273 de 543 estudiantes (MINEDEC, 2026b). En violencia, las desapariciones disminuyeron 32,2% entre 2022 y 2025, aunque en ese último año se reportaron 803 casos, más de dos por día. En todos los años analizados, más del 70% de los registros correspondió a mujeres y 21 casos de 2025 seguían sin resolverse a la fecha de corte de la fuente de información (MDI, 2026a). Los homicidios intencionales dejaron 108 víctimas NNA entre 2014 y junio de 2026, con 38 casos concentrados entre 2023 y 2025, diez femicidios y una distribución casi equivalente entre espacios privados y públicos (MDI, 2026c).

El valor de este estudio de caracterización reside en sostener un seguimiento periódico que permita observar cambios, identificar a quienes permanecen fuera del alcance de la protección y orientar la acción institucional con mayor precisión.

Cuadro de responsabilidad

Acción	Responsable	Fecha	Sigla unidad	Firma
Elaborado por:	Ricardo Torres Ortiz	17/08/2026	GC	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: RICARDO XAVIER TORRES ORTIZ
Revisado por:	Tatiana Montalvo N.	21/08/2026	OPP	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: TATIANA DE LAS MERCEDES MONTALVO NAVARRETE
Aprobado por:	Gabriela Insuasti L.	24/08/2026	CT	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GABRIELA JACQUELINE INSUASTI LOPEZ

Referencias

Asamblea General de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de Naciones Unidas: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Asamblea General de las Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

Asamblea Nacional del Ecuador. (20 de octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (31 de marzo de 2011). *Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI)*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/08/Ley_Organica_de_Educacion_Intercultural_LOEI.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (25 de septiembre de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/ley_organica_de_discapacidades.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (10 de febrero de 2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-20/codigo_organico_integral_penal-registro-oficial.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (6 de febrero de 2017). *Ley Orgánica de Movilidad Humana*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/ley-movilidad-humana-ro938-s-06-02-2017.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (5 de febrero de 2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador: https://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/ley_violencia_contra_las_mujeres.pdf

CONADIS. (2020). *Nuevo modelo de calificación de la discapacidad y registro de datos en la cédula de identidad*.

CONADIS. (2023). *Registro Nacional de Discapacidades*. Obtenido de https://www.datosabiertos.gob.ec/dataset/registro-nacional-de-discapacidades

Concejo Metropolitano de Quito. (8 de mayo de 2025). *Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito (Edición Especial del Registro Oficial 1444, 9-VI-2026).*

Congreso Nacional del Ecuador. (3 de enero de 2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Obtenido de Registro Oficial del Ecuador: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf

Congreso Nacional del Ecuador. (22 de diciembre de 2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: https://salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf

INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda (1990-2010): Bases de Datos*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/

INEC. (2014-2024). *Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/

INEC. (2022). *Censo de Población y Vivienda 2022: Base de datos Nivel Sector*. Obtenido de https://www.censoecuador.gob.ec/data-censo-ecuador/

INEC. (2024a). *Medición de dificultades funcionales: Marco metodológico. VIII Censo de Población y VII de Vivienda, Ecuador 2022*. Quito.

INEC. (2024b). *Estimaciones y proyecciones de población. Revisión 2024*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/

INEC. (2024c). *Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/

INEC. (2024d). *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/

INEC. (2024e). *Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil — ENDI 2023 - 2024*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/

MDI. (17 de junio de 2026a). *Personas desaparecidas [Base de datos]*. Obtenido de Micrositio de estadísticas de seguridad: https://cifras.ministeriodelinterior.gob.ec/#/app/estadisticas-seguridad-desaparecidos

MDI. (31 de julio de 2026b). *Estadísticas de detenidos/aprehendidos*. Obtenido de Micrositio de estadísticas de seguridad: https://cifras.ministeriodelinterior.gob.ec/#/app/estadisticas-seguridad-detenidos

MDI. (16 de julio de 2026c). *Estadísticas de homicidios intencionales [Base de datos]*. Obtenido de Micrositio de estadísticas de seguridad: https://cifras.ministeriodelinterior.gob.ec/#/app/estadisticas-seguridad-homicidios

MINEDEC. (2026a). *Registro administrativo histórico 2009–202X: Inicio*. Obtenido de Datos Abiertos del Minedec: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2026/04/1Registro-Administrativo-Historico_2009-202X-Inicio.xlsx

MINEDEC. (2026b). *Registro administrativo histórico 2009–2024: Fin*. Obtenido de Datos Abiertos del Minedec: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2026/04/2Registro-Administrativo-Historico_2009-2024-Fin.xlsx

MSP. (2021-2024). *MSP Vacunas*. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/datos-abiertos-2/

MSP. (2024a). *Consulta Externa*. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/datos-abiertos/

MSP. (2024b). MSP y OPS impulsan campaña para proteger a más de 500 mil niñas y niños del cáncer de cuello uterino. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/msp-y-ops-impulsan-campana-para-proteger-a-mas-de-500-mil-ninas-y-ninos-del-cancer-de-cuello-uterino/

MTDH. (junio de 2026). *Usuarios de la Unidad de Atención del SIIMIES, junio de 2026*. Obtenido de infoDH: https://info.desarrollohumano.gob.ec/index.php/usuarios-y-unidades-de-inclusion-social/usuarios-externos-is/2026-externos-is

MTDH. (s.f.). *Niñas, niños y adolescentes en proceso de adopción*. Obtenido de https://www.desarrollohumano.gob.ec/ninas-ninos-y-adolescentes-en-proceso-de-adopcion/

Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966a). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights

Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966b). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

Naciones Unidas. (25 de mayo de 2000a). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-rights-child-involvement-children

Naciones Unidas. (25 de mayo de 2000b). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos:

https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-rights-child-sale-children-child

Naciones Unidas. (19 de diciembre de 2011). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-rights-child-communications

Naciones Unidas. (25 de septiembre de 2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Documentos Oficiales de las Naciones Unidas: https://docs.un.org/es/A/RES/70/1

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.). *Status of Ratification Interactive Dashboard*. Recuperado el 13 de julio de 2026, de OHCHR: https://indicators.ohchr.org/

Organización de los Estados Americanos. (22 de noviembre de 1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*. Obtenido de Departamento de Derecho Internacional de la Organización de los Estados Americanos: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

Organización de los Estados Americanos. (17 de noviembre de 1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)*. Obtenido de Departamento de Derecho Internacional de la Organización de los Estados Americanos: https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html

Organización Internacional del Trabajo. (26 de junio de 1973). *C138 – Convenio sobre la edad mínima de admisión al empleo, 1973 (núm. 138)*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/es/resource/c138-convenio-sobre-la-edad-minima-de-admision-al-empleo

Organización Internacional del Trabajo. (17 de junio de 1999). *C182 – Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/es/resource/otros/c182-convenio-sobre-las-peores-formas-de-trabajo-infantil

Anexos

Anexo 1

Tabla 18

Distribución de la población indígena de NNA del DMQ según la nacionalidad o grupo indígena al que pertenece, 2022

Pueblo o nacionalidad indígena	Cantidad de NNA	Proporción sobre el total de NNA indígenas
Kichwa	28.337	55,5%
Puruhá	6.224	12,2%
Otavalo	4.790	9,4%
Panzaleo	3.503	6,9%
Kitu Kara	1.769	3,5%
Se ignora	1.475	2,9%
Kayambi	1.269	2,5%
Shuar	795	1,6%
Karanki	690	1,4%
Waranka	469	0,92%
Chachi	415	0,81%
Achuar	204	0,40%
Chibuleo	195	0,38%
Saraguro	163	0,32%
Otras/os Nacionalidades/Pueblos Indígenas N.C.P.	137	0,27%
Awa	84	0,16%
Kisapincha	60	0,12%
Pastos	56	0,11%
Kañari	56	0,11%
Shiwiar	54	0,11%
Cochasquí	45	0,09%
Natabuela	44	0,09%
Salasaka	36	0,07%
Tomabela	31	0,06%
Tsáchila	29	0,06%
A'i Cofan	26	0,05%
Waodani	22	0,04%
Epera Siapidaara	20	0,04%
Paltas	18	0,04%
Manta	17	0,03%
Huancavilca	12	0,02%
Andwa	10	0,02%
Sapara	9	0,02%
Siekopaai	8	0,02%
Siona	4	0,01%

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).



Consejo de Protección de Derechos
del Distrito Metropolitano de Quito