Consejo de Protección de Derechos
del Distrito Metropolitano de Quito

Estudio de caracterización de la población adulta mayor en el Distrito Metropolitano de Quito

Análisis estadístico sociodemográfico

2026



Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito

Tabla de contenido

Siglas y acrónimos **4**

Introducción **5**

1. Marco normativo de la PAM **5**

1.1. Internacional 5

1.2. Nacional 7

1.3. Local 9

2. Metodología **10**

2.1. Diseño del estudio 10

2.2. Unidad de análisis y población objetivo 10

2.3. Fuentes de información 10

2.4. Procesamiento y análisis estadístico 10

2.5. Dominio de estudio 11

3. Envejecimiento y tendencias demográficas en el DMQ **11**

3.1. Transición demográfica y envejecimiento poblacional 11

3.2. Etapas del envejecimiento en Ecuador 14

4. Situación sociodemográfica del envejecimiento **17**

4.1. Distribución territorial 17

4.2. Composición por sexo y edad 22

4.3. Autoidentificación étnica 24

5. Entorno familiar y condiciones de vida **25**

5.1. Conyugalidad 25

5.2. Composición del hogar 27

5.3. Vivienda 29

5.4. Acceso a vivienda 30

6. Educación **31**

7. Participación económica y protección social **33**

7.1. Clasificación económica de la PAM 33

7.2. Condición de inactividad de la PAM 33

7.3. Participación económica en el mercado laboral 34

7.4. Pobreza 36

7.5. Mendicidad 36

8. Salud y bienestar **37**

8.1. Dificultades funcionales permanentes 37

8.2. Estado de salud y perfil de morbilidad 40

8.3. Bienestar y salud mental 42

Conclusiones **44**

Referencias **45**

Anexos **49**

Ilustraciones

Ilustración 1 Evolución censal, proyección de la PAM y su porcentaje relativo en la población total del DMQ, 1990-2022 12
Ilustración 2 Pirámide poblacional del DMQ por edad y sexo, 1990, 2022 y 2035 13
Ilustración 3 Evolución y proyección de la población por grandes grupos de edad en el DMQ, 2010—2035 14
Ilustración 4 Distribución provincial del porcentaje de PAM en Ecuador, 2022 15
Ilustración 5 Evolución de la tasa de fecundidad en Ecuador, 1960—2023 16
Ilustración 6 Evolución de la esperanza de vida al nacer en Ecuador por sexo, 1950—2050 17
Ilustración 7 Distribución de la población adulta mayor por área de residencia en Ecuador y el DMQ, 2022 18
Ilustración 8 Peso relativo de la PAM de 65 a 79 años y 80 años y más por área y sexo en Ecuador y el DMQ, 2022 19
Ilustración 9 Indicadores de envejecimiento y dependencia demográfica en el DMQ, 2022 20
Ilustración 10 Índice de envejecimiento —IE— por administración zonal del DMQ, 2022 21
Ilustración 11 Relación de dependencia —RD— por administración zonal del DMQ, 2022 22
Ilustración 12 Composición de la PAM del DMQ por sexo, identidad y orientación sexual, y edad, 2022 23
Ilustración 13 Autoidentificación étnica de la PAM del Ecuador y el DMQ, 2022 24
Ilustración 14 Estado civil de la PAM en el DMQ por sexo, identidad y orientación sexual, 2022 26
Ilustración 15 Distribución porcentual de la situación conyugal por grupo de edad en la población de 65 años y más del DMQ, 2022 27
Ilustración 16 Distribución porcentual de la tipología de hogar de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022 29
Ilustración 17 Tenencia de vivienda de la PAM representante de hogar en el DMQ, 2022 30
Ilustración 18 Créditos hipotecarios entregados a PAM de Pichincha, 2020-2024 30
Ilustración 19 Analfabetismo en la PAM del Ecuador y el DMQ, 2022 31
Ilustración 20 Nivel de instrucción más alto al que asiste o asistió la PAM por sexo del DMQ, 2022 32
Ilustración 21 Clasificación económica de la PAM en el DMQ, IV-2025 33
Ilustración 22 Condición de inactividad de la PAM en el DMQ, IV-2025 34
Ilustración 23 Tasa de participación global de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022—2025 35
Ilustración 24 Tasa de empleo adecuado de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022—2025 36
Ilustración 25 Cantidad y prevalencia de PAM con alguna dificultad funcional en el DMQ, 2022 37
Ilustración 26 Dificultades funcionales de la PAM por esfera del funcionamiento en el DMQ, 2022 38
Ilustración 27 Distribución por edad de las dificultades funcionales permanentes de la PAM por esfera del funcionamiento en el DMQ, 2022 39
Ilustración 28 Diez principales causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión- y sexo, en el DMQ, 2024 41
Ilustración 29 Cinco principales causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión- y grupos de edad avanzada, en el DMQ, 2024 42

Tablas

Tabla 1 Marco normativo internacional sobre PAM 6
Tabla 2 Marco normativo nacional sobre PAM 8
Tabla 3 Marco normativo local sobre PAM 9
Tabla 4 Cantidad de egresos hospitalarios relacionadas con trastornos mentales y de comportamiento de la PAM, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión-, en el DMQ, 2024 43
Tabla 5 Evolución censal de la PAM en el Ecuador y su porcentaje relativo en la población total, 1990–2022. 49
Tabla 6 Población adulta mayor —PAM—, porcentaje de PAM e índices de envejecimiento por parroquia del DMQ, 1990–2022 49
Tabla 7 Causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 (10.ª revisión), en el DMQ, 2024 51

Siglas y acrónimos

CPD	Consejo de Protección de Derechos
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
ALC	América Latina y el Caribe
GAP	Grupo de Atención Prioritaria
PAM	Población Adulta Mayor
NNA	Niñas, niños y adolescentes
LGBT+	Acrónimo de personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero. El símbolo + incluye a todas las "personas de sexo, orientación sexual e identidad de género diversa", que no se identifican con las categorías antes descritas (Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos, 2023).
CPV	Censo de Población y Vivienda
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
IE	Índice de Envejecimiento
RD	Relación de Dependencia
MSP	Ministerio de Salud Pública
MDH	Ministerio de Desarrollo Humano

Introducción

El presente Estudio de caracterización de la PAM en el Distrito Metropolitano de Quito fue desarrollado por el área de Gestión del Conocimiento del Consejo de Protección de Derechos —CPD-DMQ—, con el propósito de ofrecer una lectura estadística integrada sobre la situación demográfica y social de las personas de 65 años y más en el territorio metropolitano, como insumo para la planificación, la priorización de acciones y el seguimiento de garantías desde un enfoque de derechos.

El documento se estructura en nueve secciones analíticas. En primer lugar, presenta el marco normativo aplicable a la PAM, organizado en tres niveles —nacional, internacional y local—, para delimitar principios, obligaciones y responsabilidades institucionales. Luego expone la metodología, incluyendo el diseño del estudio, la población objetivo y unidades de análisis, las fuentes y el dominio territorial. A continuación, desarrolla el análisis de envejecimiento y tendencias demográficas; profundiza en la situación sociodemográfica —distribución territorial, composición por sexo y edad, y autoidentificación étnica—; examina el entorno familiar y condiciones de vida —conyugalidad, composición del hogar y vivienda—; y describe el perfil de educación. Posteriormente analiza la participación económica y la seguridad social, y aborda salud y bienestar —dificultades funcionales, estado de salud y perfil de morbilidad, y salud mental—.

1. Marco normativo de la PAM

El marco normativo es la base para comprender la situación sociodemográfica de la PAM desde un enfoque de derechos. Esta sección permite responder dos preguntas centrales: i) qué principios deben orientar la acción pública; y, ii) qué responsabilidades concretas tienen las instituciones. Con este propósito, se organizan y sintetizan los principales instrumentos normativos internacionales, nacionales y locales que reconocen a las personas adultas mayores como GAP y establecen estándares en materia de igualdad y no discriminación, acceso a salud y seguridad social, protección y cuidados, participación social, así como prevención y atención de la violencia. Desde esta perspectiva, los hallazgos del estudio no se interpretan únicamente como cifras demográficas o socioeconómicas, sino como potenciales brechas en la garantía y el cumplimiento de derechos de este grupo poblacional.

1.1. Internacional

Los pactos internacionales de derechos humanos obligan a los Estados a garantizar los derechos de todas las personas sin discriminación y a adoptar medidas concretas para hacerlos efectivos. En el caso de la población adulta mayor, este marco internacional se apoya en dos tipos de instrumentos que se complementan: i) instrumentos vinculantes, como los tratados de derechos humanos, que establecen obligaciones jurídicas; y ii) instrumentos programáticos, como principios, planes y resoluciones, que orientan la acción pública. Estos últimos sirven para diseñar políticas, definir indicadores y estándares de cuidado, y promover entornos más amigables y accesibles para las personas adultas mayores.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) considera persona mayor a quien tiene 60 años o más, y permite que cada país fije una edad distinta en su legislación, siempre que no supere los 65 años. Además, exige a los Estados adoptar medidas legislativas y administrativas para garantizar el cumplimiento de estos derechos —Art. 1— y establece obligaciones

específicas en ámbitos como la prevención y atención de la violencia, el consentimiento informado en salud e investigación, los cuidados de largo plazo y la seguridad social, entre otros (OEA, 2015). Ecuador ratificó esta Convención mediante el Decreto Ejecutivo No. 659 (28—01—2019), publicado en el Registro Oficial No. 426, Suplemento (12—02—2019), y su adhesión consta como depositada ante la OEA el 21—03—2019 (Presidencia de la República del Ecuador, 2019; OEA, 2017).

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) compromete a los Estados a asegurar y promover los derechos de las personas con discapacidad sin discriminación, mediante medidas legislativas y administrativas. Además, entiende la discapacidad como el resultado de la interacción entre las condiciones de las personas y las barreras del entorno. Para las personas adultas mayores, este enfoque es especialmente relevante porque orienta la construcción de indicadores sobre accesibilidad (Art. 9), ajustes razonables, participación y eliminación de barreras, aspectos clave para quienes enfrentan discapacidad, dependencia o limitaciones funcionales asociadas al envejecimiento.

En cuanto a los instrumentos programáticos, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991) proponen estándares orientados a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad. Aunque no definen una edad específica ni tienen carácter de tratado, son útiles para traducir en dimensiones medibles aspectos de bienestar y no discriminación. Por su parte, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) establece una agenda de política pública ampliamente adoptada como referencia global, al promover la incorporación del envejecimiento en las estrategias de desarrollo, salud y construcción de entornos favorables para las personas mayores.

Por su parte, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) establece una agenda de política pública ampliamente adoptada como referencia global, al promover la incorporación del envejecimiento en las estrategias de desarrollo, salud y construcción de entornos favorables para las personas adultas mayores.

Tabla 1
Marco normativo internacional sobre PAM

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Declaración Universal de Derechos Humanos	1948	Universal	Reconoce el derecho a un trato igualitario y sin discriminación, con acceso efectivo a salud y protección social, seguridad y protección frente a abusos, igualdad ante la ley y acceso a la justicia, y participación en la vida pública con dignidad y autonomía.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966	Universal	Compromete a los Estados a garantizar a las personas adultas mayores, sin discriminación, el acceso progresivo y efectivo a derechos como salud, seguridad social, vivienda y condiciones de vida adecuadas, educación y participación cultural.

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	1966	Universal	Compromete a los Estados a respetar y garantizar los derechos civiles y políticos sin discriminación y con recurso efectivo, protegiendo la vida e integridad, la libertad y seguridad personal y el trato humano y debido proceso, además de asegurar libertades de expresión, reunión y asociación, la libertad en los asuntos públicos y la igualdad ante la ley.
Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad	1991	Recomendación	Funcionan como una guía estándar para que los Estados diseñen políticas y servicios para la PAM, asegurando cinco ejes mínimos: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	2002	Plan global	Comprometen a los Estados a incorporar el envejecimiento en sus políticas de desarrollo y orientar acciones para asegurar salud y bienestar, autonomía y entornos favorables para las personas adultas mayores.
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	2015	Tratado regional	Compromete a los Estados a proteger los derechos de las personas adultas mayores bajo un estándar regional jurídicamente vinculante. Prohíbe la discriminación por edad y exige la adopción de medidas para garantizar el ejercicio efectivo derechos. Además, orienta la formulación de políticas basadas en información estadística y prioriza ámbitos como la prevención de la violencia.
Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable	2021—2030	Agenda global	Funciona como una agenda de acción concertada y multisectorial para que los Estados y otros actores coordinen políticas, servicios e inversiones que mejoren la vida en la segunda mitad de la vida, con un enfoque inclusivo y de "no dejar a nadie atrás".

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión de instrumentos internacionales aplicables a los derechos de la PAM.

1.2. Nacional

En el ámbito nacional, la Constitución de la República del Ecuador (2008) es el marco normativo supremo y la norma de mayor jerarquía del ordenamiento jurídico, por encima de cualquier ley o reglamento nacional o internacional. En este sentido, la Constitución reconoce en su Art. 35 a las personas adultas mayores como un GAP y las define como aquellas que han cumplido 65 años de edad. En este marco, garantiza derechos exigibles como el acceso a salud gratuita y especializada, trabajo remunerado acorde con sus capacidades, jubilación universal, rebajas en servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, exenciones tributarias, exoneración de costos notariales y registrales, y acceso a una vivienda digna —Art. 37—. Asimismo, dispone que el Estado desarrolle políticas públicas y programas de atención integral para este grupo, incluyendo centros especializados, protección frente a cualquier forma de explotación, promoción de la autonomía, acceso a recreación, atención prioritaria en emergencias y regímenes especiales para quienes se encuentren en privación de libertad, entre otras medidas —Art. 38—.

En consonancia con lo dispuesto por la Constitución, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019) constituye el principal marco normativo nacional que estructura la protección de los derechos de esta población. Esta Ley dispone la creación del Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y orienta la política pública hacia un envejecimiento saludable. Asimismo, establece medidas para prevenir y erradicar el abandono, la discriminación, la violencia y el abuso por edad, y promueve la participación e inclusión de las personas adultas mayores. En coherencia con ello, define y articula las responsabilidades de las instituciones y servicios involucrados para garantizar una atención prioritaria y especializada, incluyendo acciones de prevención, atención y reparación ante posibles vulneraciones de derechos.

En materia de deberes y responsabilidades, esta Ley asigna obligaciones al Estado —Art. 9— y establece que los gobiernos autónomos descentralizados —GAD— implementarán el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a la vez que los municipios y distritos metropolitanos deberán garantizar recursos y condiciones de funcionamiento para los consejos cantonales y juntas cantonales y redes de protección de derechos, además de disponer medidas administrativas destinadas a amparar los derechos de las personas adultas mayores —Art. 84—. En el ámbito de los servicios, incorpora obligaciones para los prestadores de salud públicos y privados, como la prohibición de exigir garantías económicas previas en casos de emergencia —Art. 46— y el desarrollo o fortalecimiento de servicios especializados geriátricos —Art. 47—, entre otras disposiciones. En cuanto a los beneficios, regula exoneraciones tributarias para personas de 65 años y más, sujetas a umbrales de ingreso y patrimonio —Art. 14—.

En cuanto a protección social no contributiva[1], en Ecuador esta se articula principalmente mediante el programa de transferencias monetarias del Sistema de Protección Social Integral, establecido por el Decreto Ejecutivo No. 804 —20 de junio de 2019—. Este sistema incluye, entre otros, el Bono de Desarrollo Humano, la pensión Mis Mejores Años y la Pensión para Adultos Mayores. La identificación y priorización de beneficiarios se basa en el Registro Social. Además, el MDH está facultado para definir umbrales o bandas de protección que, cuando exista sustento técnico y disponibilidad financiera, pueden ubicarse por encima de las líneas de pobreza y pobreza extrema con el fin de ampliar la cobertura.

Tabla 2
Marco normativo nacional sobre PAM

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Constitución de la República del Ecuador	2008	Nacional	Reconoce a las personas adultas mayores como GAP y fija el umbral de 65 años o más. Esto obliga al Estado a garantizar derechos exigibles —salud, seguridad social, acceso a vivienda, entre otros— y a desarrollar políticas y servicios especializados de protección y atención integral.

[1] La protección social no contributiva es el conjunto de políticas orientadas a reducir la pobreza y desigualdad, y a promover la inclusión social y el acceso a servicios básicos en poblaciones vulnerables. Incluye, entre otras, transferencias monetarias -condicionadas o no-, pensiones no contributivas para vejez o discapacidad cuando no se accede a pensiones contributivas -o son insuficientes-, y programas de inclusión laboral (CEPAL, 2026).

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores	2019	Nacional	Asigna responsabilidades al Estado y a los gobiernos locales, fija obligaciones mínimas en salud y cuidados, y regula beneficios y exoneraciones, orientando la atención prioritaria y la prevención y reparación frente a vulneraciones.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión de instrumentos internacionales aplicables a los derechos de la PAM.

1.3. Local

A nivel local, el principal referente es el Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito (Edición Especial del Registro Oficial 1016, 27—I—2026). Este instrumento normativo organiza el sistema local para promover, proteger y restituir derechos, e incluye subsistemas específicos para los grupos de atención prioritaria. En el caso de las personas adultas mayores, el Código establece un Subsistema de protección al adulto mayor —Art. 909— y lo ubica dentro de un esquema de articulación institucional y territorial para garantizar derechos —Art. 905 al Art. 908—.

En materia de protección administrativa especializada, el DMQ cuenta con Juntas Metropolitanas de Protección de Derechos, que tienen la competencia de disponer medidas administrativas para prevenir o detener vulneraciones de derechos (Secretaría de Inclusión Social, 2026). En términos de política pública y garantía de derechos, la existencia de estas Juntas significa que la PAM en el DMQ dispone de una ruta administrativa especializada para detener o reducir riesgos y activar medidas de protección cuando se vulneran sus derechos.

Por otro lado, el Consejo de Protección de Derecho —CPD— del Distrito Metropolitano de Quito dispone de una Ruta de Protección de Derechos de Personas Adultas Mayores, mismo que se construyó de forma participativa con actores del Sistema de Protección Integral —SPI— y el Consejo Consultivo de Personas Adultas Mayores. Esta ruta constituye una herramienta técnica de política pública que orienta el camino a seguir ante amenaza o vulneración de derechos de la PAM, para asegurar una respuesta ágil y efectiva y la protección integral en el territorio del DMQ (Consejo de Protección de Derehcos del Distrito Metropolitano de Quito, 2021).

Su importancia para la PAM radica en que estandariza la respuesta, ordena la articulación interinstitucional del SPI para activar protección y restitución, y fortalece la exigibilidad al ser utilizable por la ciudadanía y redes de cuidado.

Tabla 3
Marco normativo local sobre PAM

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito	2026	Local	Define un marco y ruta administrativa para prevenir y atender vulneraciones, y organiza la articulación territorial de servicios para garantizar atención y restitución de derechos.
Ruta de Protección de Derechos de Personas Adultas Mayores en el Distrito	2021	Local	Mecanismo operativo para activar protección y restitución de derechos cuando hay riesgo o vulneración. La ruta indica a dónde acudir y qué pasos

Norma	Año	Ámbito	Implicancia
Metropolitano de Quito			seguir, ordena la respuesta interinstitucional y facilita la exigibilidad de medidas y servicios.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión de instrumentos internacionales aplicables a los derechos de la PAM.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

El presente estudio corresponde a una investigación cuantitativa, de carácter descriptivo, orientada a la caracterización demográfica, socioeconómica y de condiciones de vida de la PAM residente en el DMQ.

2.2. Unidad de análisis y población objetivo

La población objetivo está conformada por las personas adultas mayores, definidas como aquellas de 65 años y más, de acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador (2008). Además, dependiendo del ámbito de análisis, se establecen las siguientes unidades de análisis:

- **Persona:** para el análisis de características individuales —sexo, edad, estado civil, nivel de educación, participación económica, dificultades funcionales, entre otras—.
- **Hogar:** para el análisis de tipología, composición, jefatura, tenencia de la vivienda y condiciones habitacionales, considerando hogares donde reside al menos una persona adulta mayor.

2.3. Fuentes de información

El estudio se realiza en base a la información más actualizada disponible al momento de su elaboración:

- **Censos de Población y Vivienda**
- **Estimaciones y proyecciones de población**
- **Base de datos demográficos del Banco Mundial**
- **Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo —ENEMDU—**
- **Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios**
- **Información Estadística de PAM del MDH**

2.4. Procesamiento y análisis estadístico

Las bases de datos se procesaron a partir de microdatos oficiales anonimizados, mediante el software estadístico RStudio, aplicando:

- Limpieza y validación de bases de datos.
- Construcción de variables derivadas.
- Aplicación de ponderadores muestrales en el caso de encuestas.
- Identificación de coeficientes de variación para evaluar la precisión estadística en estimaciones muestrales.
- Cálculo de indicadores estructurales y tasas específicas para el DMQ.

Además, se establecieron criterios de calidad estadística, incorporando advertencias para las estimaciones con coeficiente de variación superior al 15%, con el fin de resguardar una interpretación adecuada de los resultados.

2.5. Dominio de estudio

El dominio geográfico del estudio corresponde al Distrito Metropolitano de Quito —DMQ—, considerando la totalidad de sus 65 parroquias —32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales—.

3. Envejecimiento y tendencias demográficas en el DMQ

3.1. Transición demográfica y envejecimiento poblacional

El envejecimiento es un proceso natural que ocurre a lo largo de toda la vida; sin embargo, no todas las personas envejecen igual. La forma en que llegamos a la vejez depende de lo que hemos vivido y acumulado en el tiempo —condiciones de salud, trabajo, ingresos, educación— y, también, del entorno social y físico en el que vivimos. Por ello, la diversidad es una característica central de la vejez (Organización Panamericana de la Salud, 2021). El envejecimiento poblacional es una consecuencia de largo plazo de la transición demográfica. A medida que las familias tienen menos hijos e incrementa la longevidad, la población atraviesa una etapa de crecimiento acelerado y, con el tiempo, transita hacia una estructura más envejecida, con mayor presencia de personas adultas mayores (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2023).

En otras palabras, la transición demográfica es el proceso mediante el cual una sociedad pasa de niveles altos de natalidad y mortalidad a niveles más bajos. Por lo general, este cambio ocurre en dos momentos: i) disminución de la mortalidad —asociada a mejoras en salud, nutrición y acceso a servicios—, lo que puede incrementar temporalmente el ritmo de crecimiento de la población; y ii) un descenso posterior de la fecundidad, a partir del cual el crecimiento de la población tiende a desacelerarse. En conjunto, estas transformaciones modifican la estructura por edades y el peso relativo de las personas adultas mayores, consolidando un proceso de envejecimiento poblacional (CEPAL, 2024).

En ALC, este cambio avanza con rapidez y ya está transformando las economías y las sociedades. En 2024, se estima que las personas de 65 años y más suman alrededor de 65 millones —9,9% de la población regional— y, para 2050, se proyecta que serán 138 millones —18,9%—. Además, no solo habrá más personas adultas mayores, sino también un crecimiento acelerado de quienes se encuentran en edades muy avanzadas, profundizando el “envejecimiento del envejecimiento”. En particular, el grupo de 80 años y más podría casi triplicar su porcentaje relativo en pocas décadas, pasando de 1,9% en 2024 a 5,1% en 2050 —de 12 a 37 millones de personas—. Esto anticipa un aumento de la demanda de cuidados —especialmente de larga duración—, dado que las necesidades de apoyo tienden a intensificarse en la vejez avanzada (Cecchini, Comelatto, Holz, Kang, & Paes, 2025).

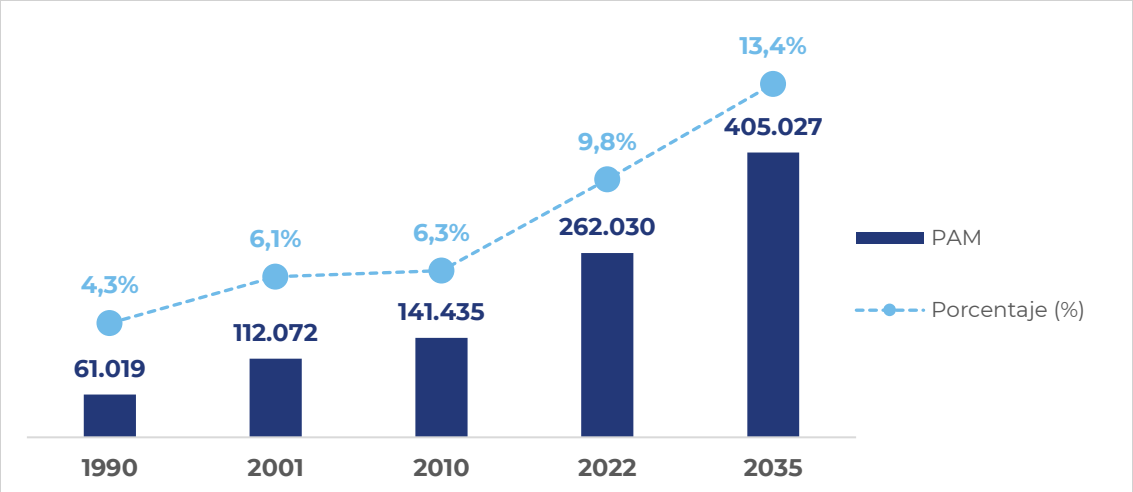
Estos desafíos y oportunidades deben entenderse dentro de un contexto regional marcado por alta informalidad laboral, baja cobertura previsional y desigualdades persistentes en el acceso a servicios —en especial de salud—. En la práctica, esto exige políticas públicas más inclusivas y realistas frente a la transición demográfica, un

marco que también ayuda a leer lo que ocurre en Ecuador y territorios concretos como el DMQ.

En las últimas tres décadas, la PAM ecuatoriana ha crecido continuamente. Entre 1990, cuando las personas de 65 años y más sumaban 418 mil personas y, 2022, cuando alcanzaron 1,5 millones de personas, este grupo poblacional incrementó en un 364%[2]. Esta dinámica también se observa con claridad en el DMQ, donde la PAM pasó de 61 mil personas en 1990 a 262 mil en 2022 —véase la Ilustración 1—, lo que implica que este grupo poblacional se cuadruplicó en los últimos 30 años. En términos relativos, la prevalencia de este grupo en la población total del DMQ aumentó de 4,3% a 9,8% entre 1990 y 2022, lo que evidencia no solo un aumento en el número de personas adultas mayores, sino un cambio estructural en la composición etaria del territorio, evidenciando un proceso transición demográfica (INEC, 2010; INEC, 2022).

Ilustración 1

Evolución censal, proyección de la PAM y su porcentaje relativo en la población total del DMQ, 1990-2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 1990, 2001, 2010 y 2022 (INEC, 2010; INEC, 2022) y estimaciones de proyecciones de población (INEC, 2024a). La ilustración muestra cómo ha cambiado —y cómo se estima que cambiará— la PAM en el DMQ. Las barras presentan el número de personas adultas mayores en cada año censal y en la proyección 2035, mientras que la línea punteada indica el porcentaje que representa la PAM respecto del total de la población del DMQ en cada año.

A partir de las pirámides poblacionales[3] del DMQ para 1990, 2022 y 2035 se observa un cambio sostenido en la distribución por edad —véase la Ilustración 2—, en la que la reducción de nacimientos y la mayor longevidad a lo largo del ciclo de vida reconfiguran la pirámide poblacional, estrechando la base y ampliando los grupos de edades adultas y adultas mayores. En 1990 predomina una estructura relativamente joven, con alta participación de niñas, niños y adolescentes, puesto que el grupo de 0 a 14 años concentra el 34,2% del total, mientras que las personas de 65 años y más representan el 4,3% (INEC, 2010).

Para 2022, la base de la pirámide poblacional se reduce y el peso se desplaza hacia edades jóvenes y adultas, de modo que la población de 0 a 14 años baja a 21,3%, y la de

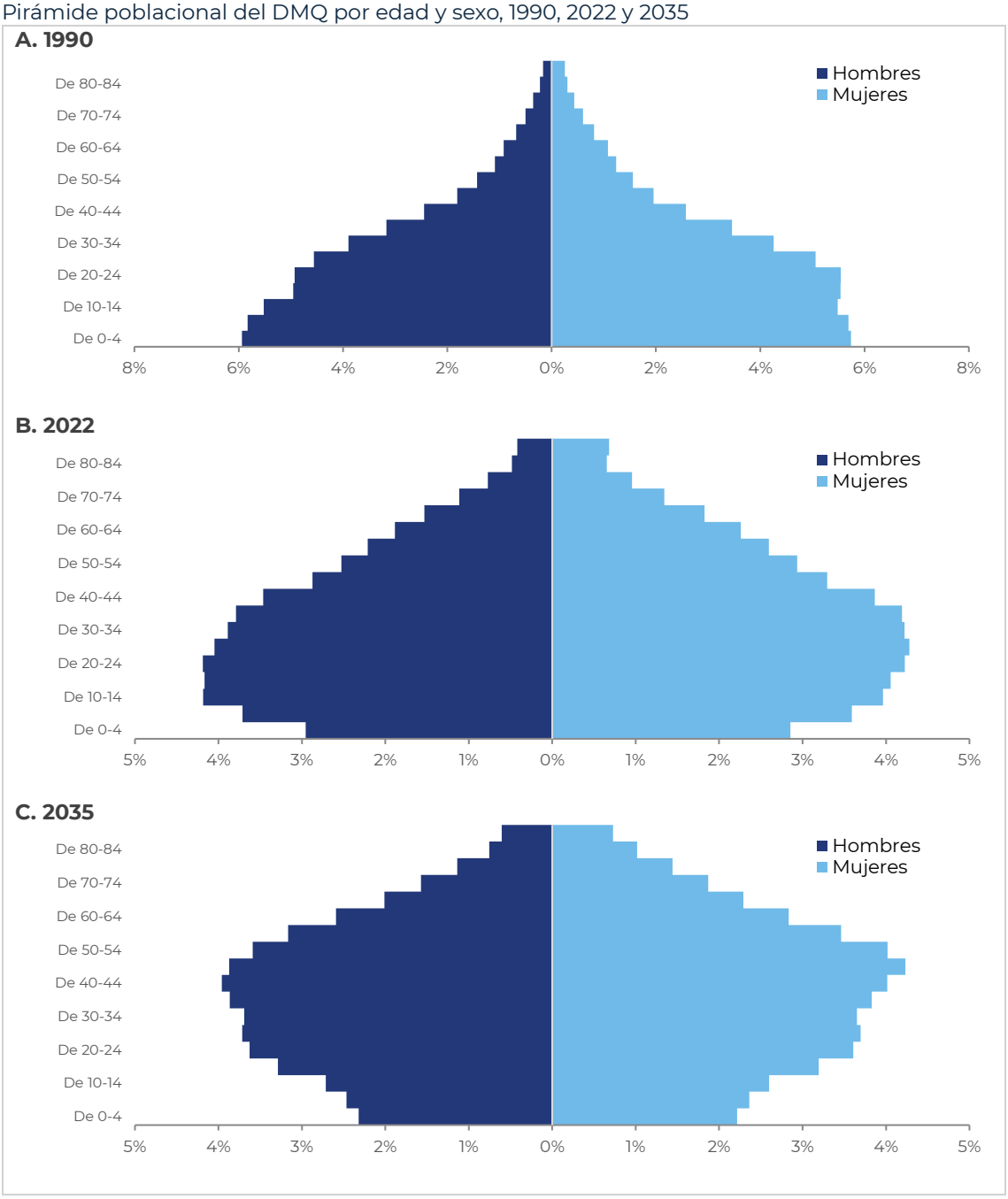
[2] Véase el Anexo 1 para el detalle de la evolución censal de la PAM en Ecuador.

[3] La pirámide poblacional muestra cómo se distribuye la población por edad y sexo en un momento determinado. Por convención, los hombres se presentan a la izquierda y las mujeres a la derecha; barras más anchas indican mayor peso relativo del grupo. Las edades se leen de abajo hacia arriba y la longitud de cada barra indica el porcentaje que representa ese grupo de edad respecto del total de la población. La forma del gráfico refleja la dinámica de nacimientos, defunciones y migración; y, por lo general, los cambios en los nacimientos son los que más influyen en su evolución a lo largo del tiempo (EUROSTAT, s.f.).

65 años y más sube a 9,8%, lo que muestra que el envejecimiento ya es visible en la composición poblacional (INEC, 2022). Y, de acuerdo a estimaciones de proyecciones de población (INEC, 2024a), hacia 2035, esta tendencia se intensificará, la proporción de niñas, niños y adolescentes de 0 a 14 años se reducirá a 14,7% y la de PAM aumentará a 13,4%, con un crecimiento relevante de edades avanzadas, dado que la población de 80 años y más pasa de 0,9% en 1990, a 2,2% en 2022 y a 3,1% en 2035 (INEC, 2024a). En su conjunto, las pirámides poblacionales indican que el DMQ tendrá relativamente menos población infantil y más PAM, especialmente en edades avanzadas —80 años y más—, lo que refuerza la necesidad de anticipar ajustes en la oferta de servicios, la planificación territorial y los sistemas de cuidado.

Ilustración 2

Pirámide poblacional del DMQ por edad y sexo, 1990, 2022 y 2035



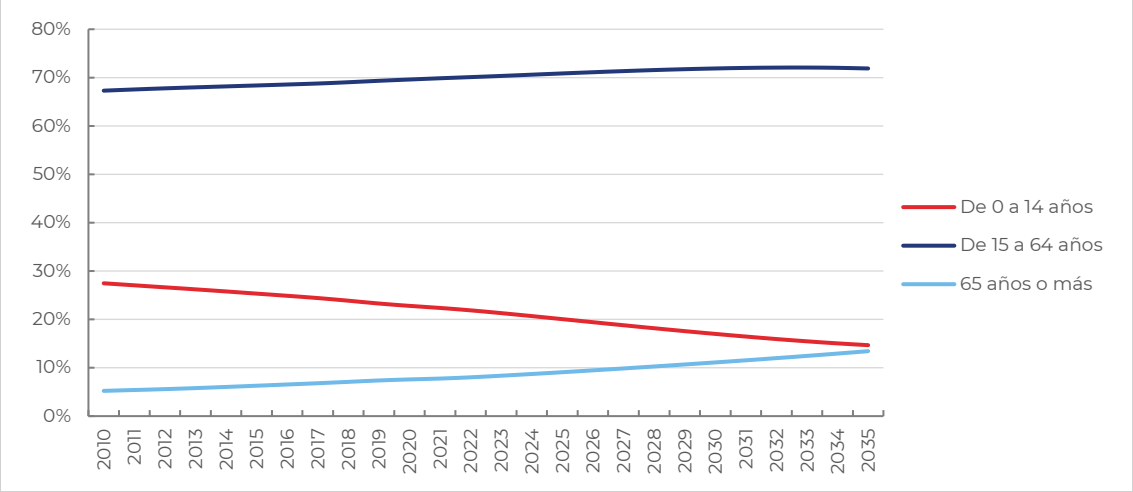
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 1990, 2001, 2010 y 2022 (INEC, 2010; INEC, 2022) y estimaciones de proyecciones de población (INEC, 2024a).

Para tener otra perspectiva del envejecimiento, la Ilustración 3 muestra la evolución y las proyecciones hasta 2035 del peso relativo de tres grandes grupos de edad en el DMQ: niñas, niños y adolescentes —0 a 14 años—, población en edad potencialmente activa —15 a 64 años— y personas adultas mayores —65 años y más—. En conjunto, el gráfico sintetiza con claridad la transición demográfica hacia una estructura etaria progresivamente más envejecida en el DMQ. En particular, se proyecta una disminución sostenida del grupo de niñas, niños y adolescentes —0 a 14 años—, cuyo porcentaje pasaría de 27,5% en 2010 a 14,7% en 2035, es decir, una reducción de 12,8 puntos porcentuales. En sentido contrario, la población adulta mayor —65 años y más— casi se triplicaría en el mismo periodo, al aumentar de 5,2% en 2010 a 13,4% en 2035 —un incremento de 8,2 puntos porcentuales— (INEC, 2024a).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se evidencia que la relación entre personas adultas mayores y NNA cambia de manera muy marcada en el DMQ. En 2010, había aproximadamente 2 personas de 65 años y más por cada 10 niñas, niños y adolescentes. Para 2035, se proyecta que habrá casi 9 personas adultas mayores por cada 10 niñas, niños y adolescentes, es decir, casi una persona de 65 años y más por cada NNA.

Ilustración 3

Evolución y proyección de la población por grandes grupos de edad en el DMQ, 2010—2035



Nota. Elaboración propia con base en estimaciones de proyecciones de población (INEC, 2024a). La ilustración muestra el cambio gradual en la estructura por edades del DMQ. Las líneas indican, para cada año, qué proporción del total de habitantes corresponde a los grupos 0 a 14 años, 15 a 64 años y 65 años o más.

3.2. Etapas del envejecimiento en Ecuador

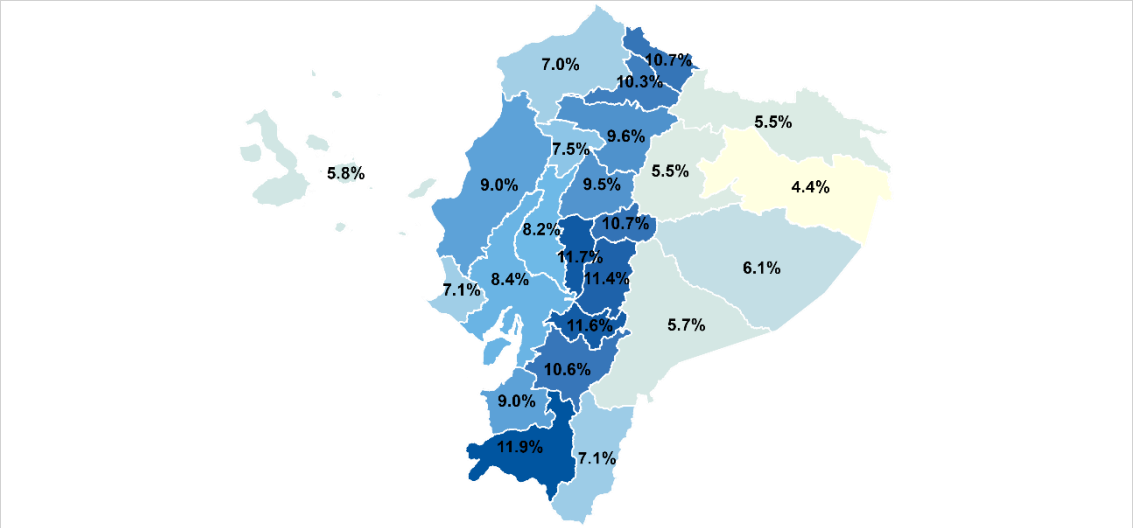
El envejecimiento observado en el DMQ no constituye un fenómeno aislado ni atribuible únicamente a dinámicas urbanas, sino que refleja, a escala local, una transformación demográfica de alcance nacional. En el Ecuador, la reducción sostenida de la fecundidad, las mejoras en la supervivencia y los movimientos migratorios internos han reconfigurado progresivamente la estructura por edades, disminuyendo el peso relativo de la niñez y adolescencia y aumentando la proporción de PAM. No obstante, este proceso no ocurre de manera homogénea, sino que presenta ritmos e intensidades diferenciadas según las características y dinámicas de cada territorio.

Ciertamente, a escala nacional, el envejecimiento también se expresa con marcadas diferencias territoriales. La Ilustración 4 evidencia que la proporción de personas de 65

años o más varía de manera significativa entre provincias. El envejecimiento tiende a ser más alto en la sierra y más bajo en la Amazonía, lo que evidencia que dentro del mismo país coexisten distintas etapas del envejecimiento poblacional. En este ámbito, Pichincha registra una prevalencia de PAM intermedia-alta, consistente con que el DMQ se ubica en un territorio donde las implicaciones del envejecimiento son cada vez más visibles.

Ilustración 4

Distribución provincial del porcentaje de PAM en Ecuador, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, para cada provincia, qué porcentaje de su población total corresponde a personas adultas mayores. Los valores numéricos indican el porcentaje provincial y la intensidad del color permite identificar las provincias con mayor y menor presencia relativa de PAM.

Este patrón territorial del envejecimiento se comprende mejor cuando se lo vincula con la fecundidad, uno de los motores principales del cambio en la estructura por edades. Se entiende por fecundidad como la frecuencia de nacimientos dentro de un conjunto —o subconjunto— de población de mujeres en edad fértil —MEF—[4]. Su medición se realiza, principalmente, mediante la tasa de fecundidad, que se basa en una idea sencilla: si el patrón de nacimientos por edad observado en el periodo se mantuviera igual durante toda la edad fértil, ¿cuántas hijas e hijos tendría en promedio cada mujer? (OECD, s.f.).

A medida que disminuye el número de nacimientos, se reduce el peso relativo de la población de 0 a 14 años y, en consecuencia, aumenta la proporción de personas adultas y adultas mayores, incluso sin existir variaciones abruptas en la mortalidad. En términos demográficos, una tasa de fecundidad sostenidamente baja estrecha la base de la pirámide poblacional y acelera el tránsito hacia etapas más avanzadas del envejecimiento, aunque con ritmos e intensidades diferenciadas según el territorio.

En el Ecuador, la fecundidad atraviesa la fase final de la transición demográfica, con niveles que han descendido hasta situarse alrededor de la tasa de fecundidad de reemplazo —2,1 hijos por MEF—[5] o incluso por debajo de este —véase la Ilustración 5— (Banco Mundial, s.f.). Este descenso sostenido implica que, año tras año, ingresan

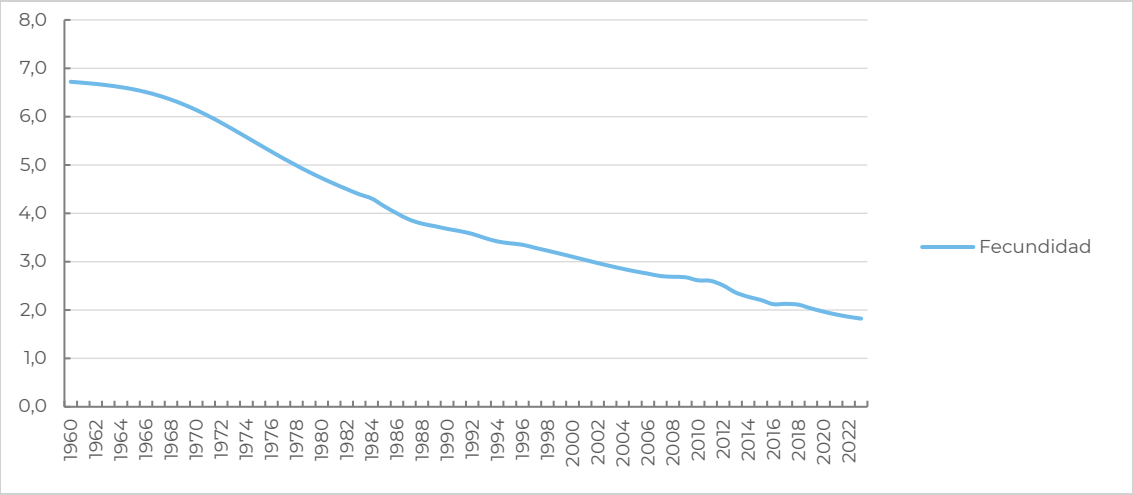
[4] Se considera mujeres en edad fértil -MEF- a las mujeres de 15 a 49 años.
[5] Nivel de fecundidad que de mantenerse constante en el tiempo produce un crecimiento o decrecimiento nulo de la población bajo el supuesto de mortalidad constante y ausencia de migración; dicho nivel corresponde a una TGF de 2.1 hijos por MEF.

cohortes cada vez más pequeñas en la base de pirámide poblacional. En consecuencia, aun sin cambios abruptos en la mortalidad, el peso relativo de niñas, niños y adolescentes tiende a reducirse, mientras aumenta la proporción de personas adultas y, especialmente, de personas adultas mayores, lo que acelera el proceso de envejecimiento poblacional.

Con referencia a lo anterior, que la tasa de fecundidad sea inferior a 2,1 es relevante porque ese umbral se asocia al reemplazo generacional. Por debajo de él, en ausencia de migración suficiente, la población tiende a envejecer más rápido y, a mediano plazo, puede desacelerar su crecimiento. En términos de implicaciones, esto tensiona la planificación pública en al menos tres frentes: i) mayor presión relativa sobre protección social y sostenibilidad de los sistemas contributivos por cambios en la relación entre población en edades activas y mayores; ii) incremento de necesidades de salud y, especialmente, de cuidados de larga duración; y iii) reconfiguración de la organización social del cuidado, con riesgo de sobrecarga del trabajo no remunerado —principalmente femenino— si no existen servicios y corresponsabilidad (Stampini, y otros, 2025).

Ilustración 5

Evolución de la tasa de fecundidad en Ecuador, 1960—2023

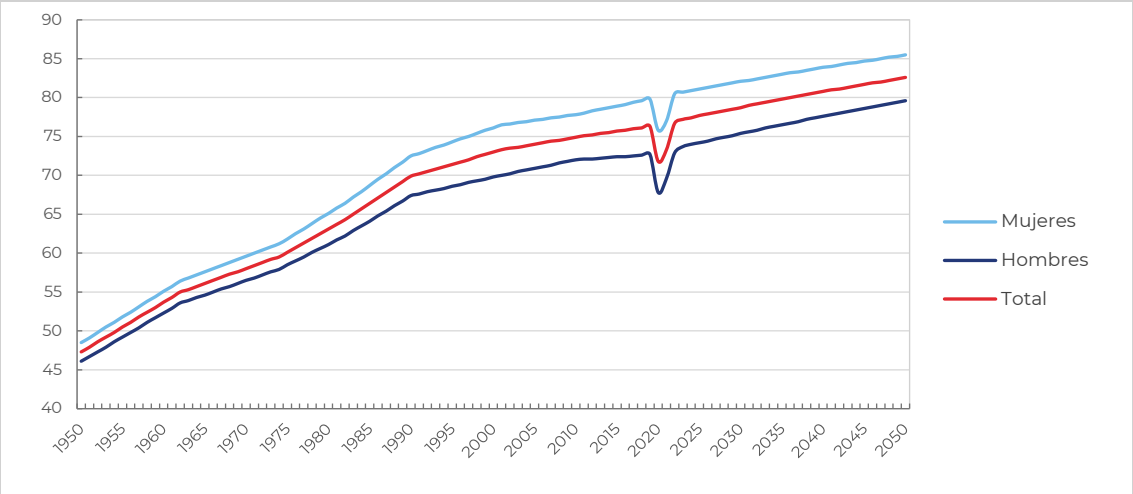


Nota. Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (s.f.). La ilustración muestra la evolución de la tasa de fecundidad total en Ecuador. Este indicador representa el número promedio de hijas e hijos que tendría una mujer si, durante toda su vida fértil, mantuviera los patrones de fecundidad observados en el año correspondiente (Banco Mundial, s.f.).

Por lo demás, los datos de esperanza de vida al nacer muestran un incremento sostenido de la longevidad en el Ecuador a lo largo del tiempo —véase la Ilustración 6—. En 1950, la esperanza de vida era de 47,3 años, mientras que para 2025 se ubicó en 77,7 años (INEC, 2024a). Esta trayectoria de largo plazo refleja mejoras acumuladas en condiciones de vida, salud pública y supervivencia, y es uno de los motores estructurales del envejecimiento poblacional; cada vez más personas llegan a edades avanzadas y permanecen más años en ellas. Hacia años posteriores, las proyecciones mantienen el incremento de la esperanza de vida; específicamente, 79,8 años en 2035 y 82,6 en 2050 (INEC, 2024a).

Ilustración 6

Evolución de la esperanza de vida al nacer en Ecuador por sexo, 1950—2050



Nota. Elaboración propia con base en estimaciones de proyecciones de población (INEC, 2024a). La ilustración muestra cómo ha cambiado —y cómo se proyecta que cambie— el número promedio de años que se espera que viva una persona desde su nacimiento en Ecuador. Las líneas comparan los valores para mujeres, hombres y el total, lo que permite observar tanto la tendencia general de aumento como las diferencias persistentes entre sexos.

En conjunto, la evidencia presentada muestra que el envejecimiento en el Ecuador —y, por consiguiente, en el DMQ— es el resultado de una reconfiguración estructural de la dinámica demográfica: nacen menos personas, las cohortes jóvenes pierden peso relativo y, simultáneamente, aumenta la longevidad, ampliando la probabilidad de llegar y permanecer más años en edades avanzadas. Este proceso se despliega con intensidades diferenciadas entre provincias, configurando etapas distintas del envejecimiento dentro del mismo país y situando a Pichincha en un nivel intermedio de envejecimiento, coherente con las tendencias observadas en el DMQ. Así, el envejecimiento deja de ser un fenómeno secundario para convertirse en un rasgo cada vez más relevante y territorialmente desigual, que debe orientar la planificación pública.

El desafío central no es "contener" el envejecimiento, sino garantizar que la transición demográfica se traduzca en condiciones reales para una vejez digna, mediante sistemas de salud y protección social sostenibles, entornos accesibles y un sistema de cuidados corresponsable que prevenga el deterioro funcional prevenible y evite trasladar la carga del cuidado a los hogares —y de manera desproporcionada a las mujeres—, asegurando el ejercicio efectivo de derechos en todos los territorios.

4. Situación sociodemográfica del envejecimiento

A continuación, se esbozan tres dimensiones clave para comprender el envejecimiento desde una perspectiva sociodemográfica, considerando su distribución en el territorio, sus diferencias por sexo y edad, y su autoidentificación étnica.

4.1. Distribución territorial

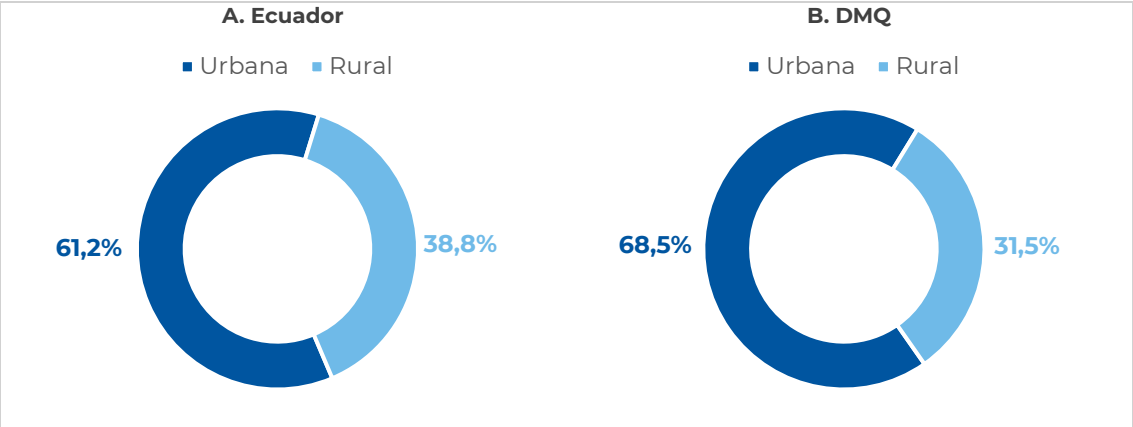
El envejecimiento poblacional avanza en paralelo a otra gran tendencia del siglo XXI: la urbanización. En ALC, esta convergencia es particularmente importante porque la mayoría de la población reside en áreas urbanas y, al mismo tiempo, crece con rapidez

el número de PAM. Por ello, resulta indispensable identificar dónde se localiza la PAM dentro del territorio. Aunque el análisis y las políticas deben considerar también a la PAM que reside en áreas rurales, la evidencia regional subraya que las áreas urbanas —particularmente en las grandes ciudades— concentran un volumen importante de PAM, lo cual tiene implicaciones directas para la planificación de servicios, accesibilidad, vivienda, transporte y redes de apoyo (Acuña, 2014).

En esa línea, la Ilustración 7 permite ubicar territorialmente donde reside la PAM y confirma que el envejecimiento se concentra principalmente en el área urbana, tanto a nivel nacional como en el DMQ. En Ecuador, alrededor de 6 de cada 10 personas adultas mayores residen en áreas urbanas, mientras que en el DMQ esta concentración es aún más marcada, con aproximadamente 7 de cada 10 residentes de la PAM en el área urbana (INEC, 2022).

La comparación sugiere que el DMQ presenta una estructura de residencia más urbanizada que el promedio del país, consistente con su condición metropolitana, mientras que a nivel nacional la PAM mantiene una presencial rural ligeramente superior. Este contraste es relevante porque anticipa que en el DMQ la mayor parte de las demandas asociadas con el envejecimiento —acceso a servicios de salud, cuidados, transporte, entre otros— se concentrarán en el ámbito urbano, sin que ello elimine la necesidad de respuesta específicas para las parroquias rurales, donde suelen persistir brechas de acceso y mayor dispersión territorial.

Ilustración 7
Distribución de la población adulta mayor por área de residencia en Ecuador y el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración compara, en 2022, dónde vive la PAM según el área de residencia. Cada gráfico muestra qué porcentaje del total de personas adultas mayores reside en el área urbana y en el área rural, para Ecuador y para el DMQ.

A diferencia de la Ilustración 7, que muestra cómo se distribuye la PAM según el área de residencia —es decir, que proporción de la PAM reside en el área urbana o rural—, la Ilustración 8 cambia de punto de referencia, aquí se evidencia que porcentaje de la población total —desagregada por área y sexo— corresponde a personas adultas mayores. Este enfoque aporta un beneficio analítico clave, ya que permite comparar la intensidad del envejecimiento entre territorios y subpoblaciones. Con ello, se identifica dónde la proporción de población adulta mayor es más alta y, además, se distingue su composición por edades avanzadas —65 a 79 años y 80 años y más—.

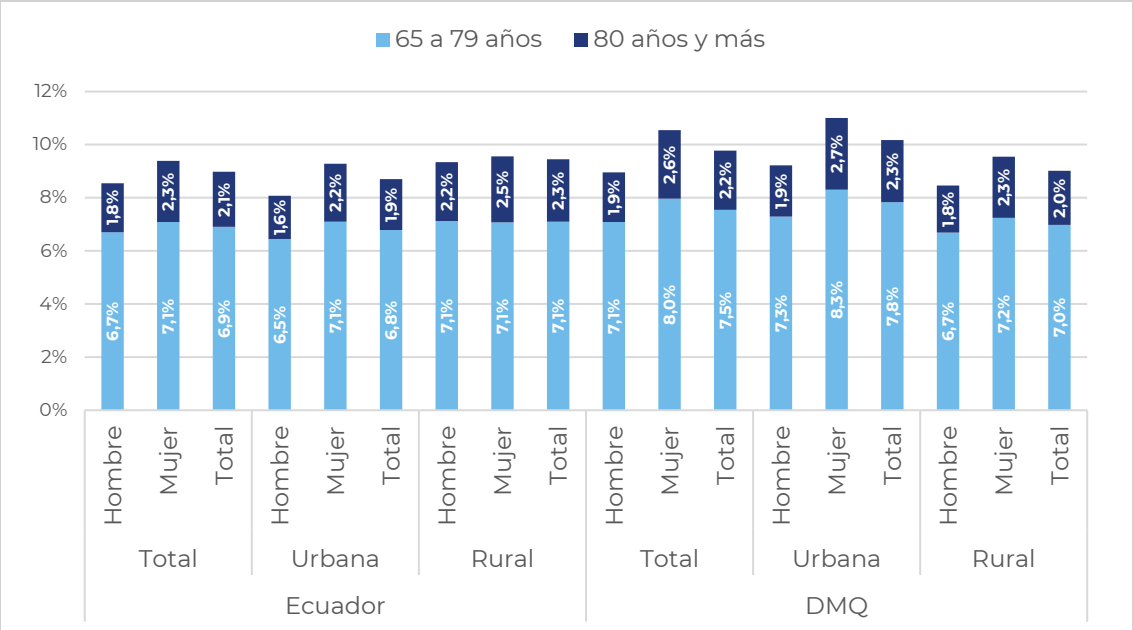
Sobre la base de las consideraciones anteriores, en Ecuador se observa que, aunque la población adulta mayor se concentra mayoritariamente en áreas urbanas, el peso

relativo de la PAM es mayor en el área rural, es decir, del total de población que reside en áreas rurales, una proporción más alta corresponde a PAM que en el área urbana (9,4% en el área rural frente al 8,7% en el área urbana) (INEC, 2022). Este patrón es consistente con un proceso en el que las áreas rurales retienen proporcionalmente más población en edades avanzadas, y pierden población joven y adulta principalmente a causa de la migración (CEPAL, 2022). En el DMQ, en cambio, el envejecimiento relativo se concentra más en el área urbana que en la rural (10,1% en el área urbana frente al 9,0% en el área rural), lo que refleja su condición metropolitana. Además, tanto a nivel nacional como en el DMQ, se mantiene la brecha de longevidad por sexo, con una mayor presencia relativa de PAM entre mujeres (INEC, 2022).

De este análisis, se puede deducir que el envejecimiento avanza en paralelo al proceso de urbanización. Por un lado, la mayor parte de la población —incluida la PAM— se concentra en áreas urbanas —véase la Ilustración 7—, pero por otro lado, en las áreas rurales puede observarse un envejecimiento prematuro —véase la Ilustración 8— asociado a la migración desigual por sexo y edad. Este perfil territorial se asocia a brechas de acceso y condiciones de vida distintas, habida cuenta de que el envejecimiento en el área rural suele asociarse con desigualdades sociales y económicas y con mayores barreras de acceso a servicios básico y a atención de salud de mayor complejidad, especialmente en área rurales dispersas (CEPAL, 2022).

Ilustración 8

Peso relativo de la PAM de 65 a 79 años y 80 años y más por área y sexo en Ecuador y el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). Cada barra muestra el porcentaje de personas adultas mayores dentro del grupo indicado (Ecuador o DMQ), según área (urbana o rural) y sexo (hombre, mujer o total); por ejemplo, DMQ—Urbana—Mujer, se lee como "del total de mujeres que residen en el área urbana del DMQ, el porcentaje mostrado corresponde a población de 65 a 79 años y de 80 años y más".

En este mismo orden y dirección, a continuación se analiza cómo se distribuye el envejecimiento dentro del DMQ. Para ello, el Índice de Envejecimiento —IE— y la Relación de Dependencia —RD— permiten analizar el territorio en base a dos preguntas: i) cuántas personas de 65 años y más hay por cada 100 niñas, niños y

adolescentes de 0 a 14 años —IE—; y ii) cuántas personas de 65 años y más hay por cada 100 personas en edad potencialmente activa (15 a 64 años) —RD—.

El IE indica que, por cada 100 niñas, niños y adolescentes de 0 a 14 años, hay alrededor de 46 personas adultas mayores, lo que confirma el peso relevante PAM de la estructura demográfica del DMQ. En sentido inverso, el índice de juventud —IJ— muestra que, por cada 100 personas adultas mayores, existen aproximadamente 217 niñas, niños y adolescentes de 0 a 14 años. Finalmente, la RD señala que, por cada 100 personas de 15 a 64 años, existen cerca de 14 personas adultas mayores (INEC, 2022).

Ilustración 9

Indicadores de envejecimiento y dependencia demográfica en el DMQ, 2022



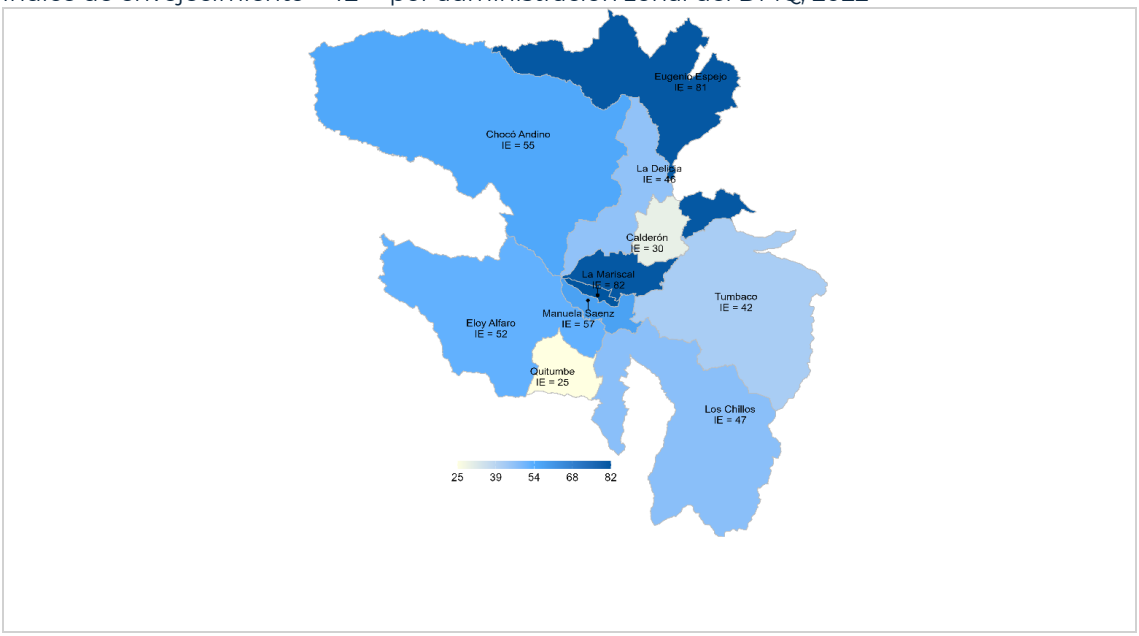
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022).

Al analizar el IE de acuerdo con la administración zonal del DMQ se evidencia una heterogeneidad zonal marcada —véase la Ilustración 10—. Las administraciones zonales más envejecidas son La Mariscal —IE = 82— y Eugenio Espejo —IE = 81—, lo que implica que en dichas administraciones zonales hay casi 8 personas adultas mayores por cada 10 niñas, niños y adolescentes, señal de un perfil claramente envejecido. En un nivel intermedio aparecen Manuela Sáenz —IE = 57— y Chocó Andino —IE = 55—, donde el equilibrio entre generaciones es más equivalente y el envejecimiento ya es visible; particularmente, el IE en el Chocó Andino sugiere un envejecimiento asociado a dinámicas territoriales rurales —por ejemplo, salida de población joven—. En contraste, Calderón —IE = 30— y, sobre todo, Quitumbe —IE = 25— muestran los IE más bajos, compatible con zonas de expansión urbana con mayor peso de población infantil y adolescente (INEC, 2022).

En suma, el IE confirma que el envejecimiento en el DMQ no es uniforme, se concentra en áreas centrales y consolidadas, mientras que las periferias mantienen una estructura comparativamente más joven.

Ilustración 10

Índice de envejecimiento —IE— por administración zonal del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra cómo varía, entre las administraciones zonales del DMQ, el IE en 2022. Los valores indican cuántas personas adultas mayores hay por cada 100 NNA en cada zona. A mayor valor e intensidad del color, mayor envejecimiento relativo.

A nivel parroquial, el IE muestra una heterogeneidad marcada en el DMQ. Varía desde un IE de 20 —Turubamba— hasta 149 —Iñaquito—. En las parroquias con IE más alto —como Iñaquito —IE = 149—, Perucho —IE = 148—, Rumipamba —IE = 145— y Mariscal Sucre —IE = 143—, la lectura es clara, hay más PAM que niñas, niños y adolescentes de 0 a 14 años —por ejemplo, un IE de 149 implica que existen 149 personas adultas mayores por cada 100 niñas, niños y adolescentes de 0 a 14 años—, reflejando estructuras etarias envejecidas, ya sea por consolidación urbana o por dinámicas rurales donde disminuye relativamente la población joven. En el extremo opuesto, parroquias como Turubamba —IE = 20—, Guamaní —IE = 21— y Quitumbe —IE = 25— mantienen perfiles comparativamente más jóvenes (aproximadamente, de 20 a 25 personas adultas mayores por cada 100 NNA, típicos de zonas con mayor presencia de hogares jóvenes[6].

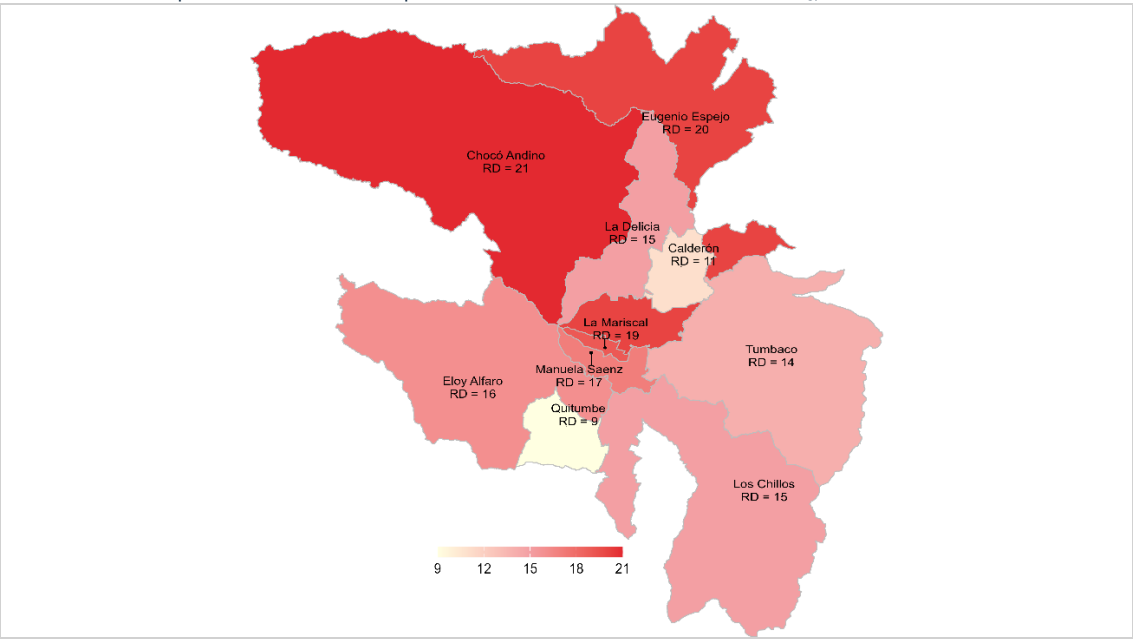
La RD muestra con mayor claridad dónde el DMQ enfrenta una mayor carga demográfica asociada a la vejez, al comparar a la PAM con la población en edad de trabajar —15 a 64 años—, es decir, muestra dónde esa vejez representa una mayor presión relativa sobre la población en edad de trabajar —véase la Ilustración 11—. En esta lógica, el patrón observado es consistente con lo observado en el IE, puesto que los valores más altos se observan en Chocó Andino —RD=21—, Eugenio Espejo —RD=20— y La Mariscal —RD=19—, lo que significa que en estas administraciones hay aproximadamente 19 a 21 personas adultas mayores por cada 100 personas en edad de trabajar; es decir, la vejez representa una presión relativa más fuerte sobre la estructura poblacional local (INEC, 2022). El análisis de la RD sugiere que la demanda potencial asociada a la población mayor no se distribuye uniformemente; es más intensa en zonas centrales consolidadas y también en el ámbito rural de Chocó

[6] Véase el Anexo 2 para el detalle de indicadores de envejecimiento a nivel parroquial.

Andino, lo que sugiere necesidades diferenciadas de planificación y provisión de servicios.

Ilustración 11

Relación de dependencia —RD— por administración zonal del DMQ, 2022



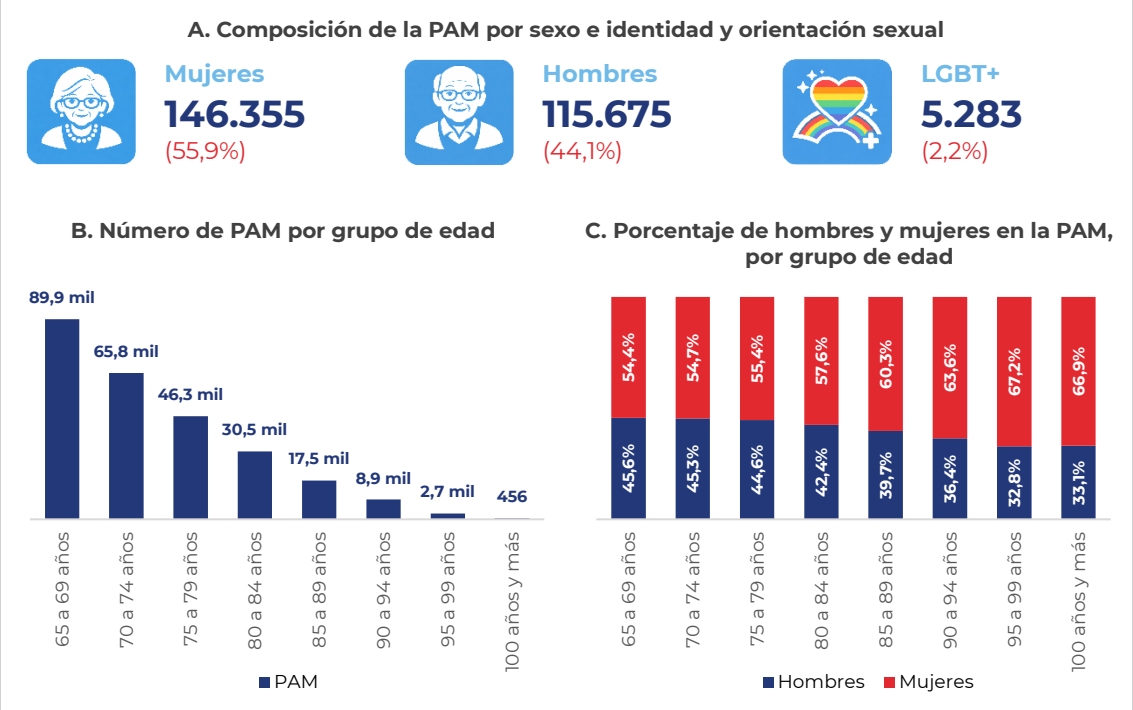
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra cómo varía, entre las administraciones zonales del DMQ, la RD en 2022. Los valores indican cuántas personas de 65 años o más hay por cada 100 personas en edad de trabajar —15 a 64 años— en cada zona; este cálculo excluye a la población de 0 a 14 años como dependiente. A mayor valor e intensidad del color, mayor dependencia asociada al envejecimiento.

4.2. Composición por sexo y edad

La Ilustración 12 profundiza el análisis previo al desagregar la PAM del DMQ y examinar su composición interna por sexo, identidad y orientación sexual, así como su distribución en edades avanzadas. En el DMQ, se registra una PAM de 262.030 personas, con predominio de mujeres —55,9%— frente a hombres —44,1%—. Adicionalmente, se identifican 5.283 personas adultas mayores LGBT+ —2,2%—, información que aporta un primer acercamiento a la diversidad sexo—genérica[7] en este grupo etario (INEC, 2022).

[7] En el CPV 2022, las preguntas de identidad de género y orientación sexual se aplicaron únicamente a personas de 18 años o más y su respuesta fue opcional. Dado que estas preguntas son independientes de la variable sexo al nacer, una persona registrada como hombre o mujer puede identificarse como LGBT+; por ello, este porcentaje no debe sumarse a los porcentajes por sexo. El signo "+" se usa para incluir la categoría de "otra orientación sexual" (INEC, 2024b).

Ilustración 12
Composición de la PAM del DMQ por sexo, identidad y orientación sexual, y edad, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración caracteriza la población adulta mayor (PAM) del DMQ en 2022. El Panel A muestra el número y porcentaje de PAM según sexo y la proporción que se autoidentifica como LGBT+ (porcentajes respecto del total de la PAM); el Panel B presenta el número de personas por grupos de edad desde los 65 años; y el Panel C desagrega, dentro de cada grupo de edad, el porcentaje de mujeres y hombres (porcentajes calculados sobre el total de PAM de cada grupo de edad).

Al observar la estructura por edad —véase la Ilustración 12, Panel B—, se aprecia que la PAM se concentra sobre todo en los primeros tramos de la vejez. En el DMQ, el grupo de 65 a 69 años reúne 89.935 personas, lo que equivale al 34,3% del total de la PAM. Le siguen los tramos de 70 a 74 años con 65.805 personas —25,1%— y de 75 a 79 años con 46.342 —17,7%—. Desde los 80 años en adelante, el número de personas disminuye de forma sostenida, 30.462 personas entre 80 y 84 años, 17.486 entre 85 y 89, y cantidades cada vez menores en edades más avanzadas, hasta llegar a 456 personas de 100 años o más (INEC, 2022). Este patrón refleja una estructura en la que, aunque la población de 65 años y más es numéricamente relevante, la mayor proporción se concentra entre los 65 y 79 años.

Además, se observa una brecha de longevidad entre mujeres y hombres que se hace más marcada a medida que aumenta la edad, lo que refuerza la feminización del envejecimiento —véase la Ilustración 12, Panel C—. En el tramo de 65 a 69 años, las mujeres representan el 54,4% de la PAM. Esa proporción sube a 57,6% entre 80 y 84 años, a 60,3% entre 85 y 89, y llega a alrededor de 67% en los grupos de 95 a 99 años y de 100 años o más (INEC, 2022). Esta tendencia indica que el envejecimiento en el DMQ no se refleja únicamente en una mayor presencia de personas de 65 años y más, sino también en cómo se estructura este grupo, habida cuenta de que la mayor parte se concentra entre los 65 y 74 años y, a partir de los 80 años, aumenta claramente el predominio de mujeres.

La brecha de longevidad observada en el DMQ es consistente con la evidencia demográfica internacional. De acuerdo con el Departamento de Asuntos Económicos

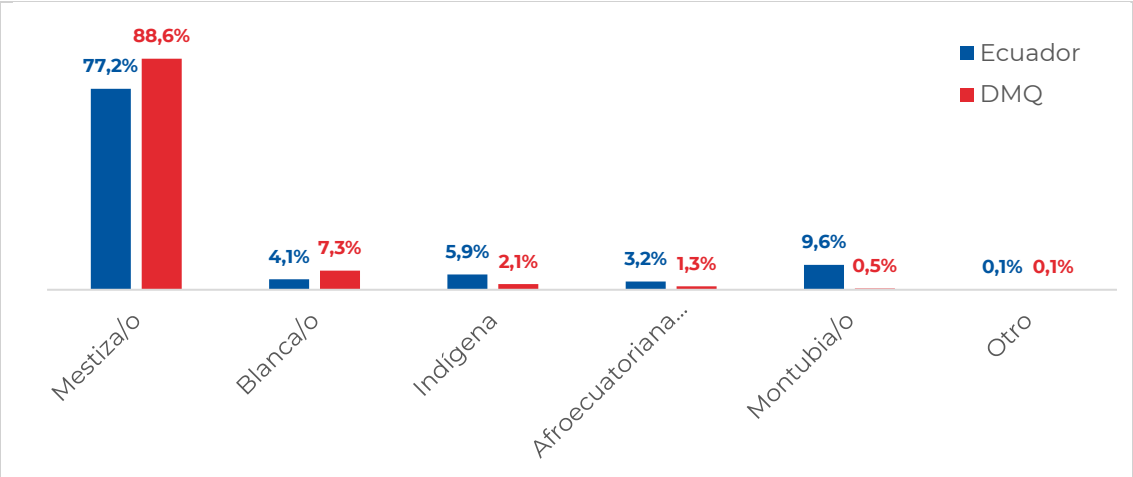
y Sociales de las Naciones Unidas (2020), a nivel mundial, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es mayor que la de los hombres y, en ALC esta diferencia tiende a ser más pronunciada. En el periodo de 2015 a 2020, a nivel mundial, la esperanza de vida al nacer de las mujeres superó a la de los hombres en 4,8 años, mientras que en ALC se amplía a 6,5 años. En concordancia con la Organización Panamericana de Salud (2019), la brecha de longevidad entre hombres y mujeres se explica en parte por una mayor mortalidad masculina a lo largo de toda la vida, asociada con normas de masculinidad que incrementan la exposición a riesgos y reducen el autocuidado. En ALC la sobremortalidad masculina se hace evidente desde la adolescencia, cuando aumentan las muertes por causas externas y violentas. A partir de los 50 años, las enfermedades crónicas afectan de manera desproporcionada a los hombres y suelen agravarse por una búsqueda menos oportuna de atención médica.

4.3. Autoidentificación étnica

La Ilustración 13 muestra que, en el DMQ, la PAM se autoidentifica mayoritariamente como mestiza —88,6%—, lo que sugiere que el envejecimiento en el distrito se configura sobre una base étnica relativamente homogénea. El segundo grupo en prevalencia es la autoidentificación blanca —7,3%—, mientras que la presencia de PAM que se autoidentifica como indígena —2,1%— o afroecuatoriana —1,3%— es menor, y la autoidentificación montubia es reducida —0,5%— (INEC, 2022). Al comparar con Ecuador, el DMQ concentra una proporción más alta de personas adultas mayores mestizas y blancas, y una menor participación relativa de grupos indígenas, afroecuatorianos y montubios.

Este contraste es relevante porque indica que el perfil étnico del envejecimiento varía según el territorio, mientras a escala nacional los grupos indígenas, afroecuatorianos y, especialmente, montubios tienen un peso mayor dentro de la PAM, en el DMQ su presencia es menor, lo que es consistente con patrones históricos de asentamiento y con una composición urbana que tiende a concentrar población mestiza. Esto implica que, aunque estos grupos representan una fracción pequeña de la PAM del DMQ, su autoidentificación es clave para no invisibilizar trayectorias y necesidades diferenciadas, particularmente cuando se analizan brechas de acceso a servicios.

Ilustración 13
Autoidentificación étnica de la PAM del Ecuador y el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, en porcentajes, cómo se autoidentifica étnicamente la PAM en Ecuador y en el DMQ. En cada categoría, el valor corresponde al porcentaje del total de PAM del respectivo territorio.

5. Entorno familiar y condiciones de vida

La presente sección analiza cómo se experimenta la vejez en el DMQ en términos de apoyo cotidiano, autonomía y bienestar. Se presenta, primero, la situación conyugal y la composición de los hogares para identificar patrones de convivencia, soledad y posibles escenarios de dependencia. Luego se analizan características de la vivienda —como la tenencia y condiciones habitacionales— que inciden en la seguridad residencial y la accesibilidad. En conjunto, estos elementos muestran factores que pueden ampliar o limitar el ejercicio efectivo de derechos en la vejez, especialmente frente a necesidades de cuidado y redes de apoyo.

5.1. Conyugalidad

La conyugalidad es una dimensión central para caracterizar a la PAM porque no solo describe su trayectoria conyugal, sino que también ayuda a aproximar las redes de apoyo y condiciones de cuidado en etapas de mayor fragilidad o dependencia. Particularmente, en edades avanzadas, transiciones como la viudez pueden transformar profundamente la vida cotidiana y seguridad económica, al generar nuevas necesidades de apoyo y, en algunos casos, situaciones de vulnerabilidad económica y jurídica, especialmente cuando la informalidad laboral limita el acceso a pensiones de viudez y a otros mecanismos de protección social (CEPAL, 2022).

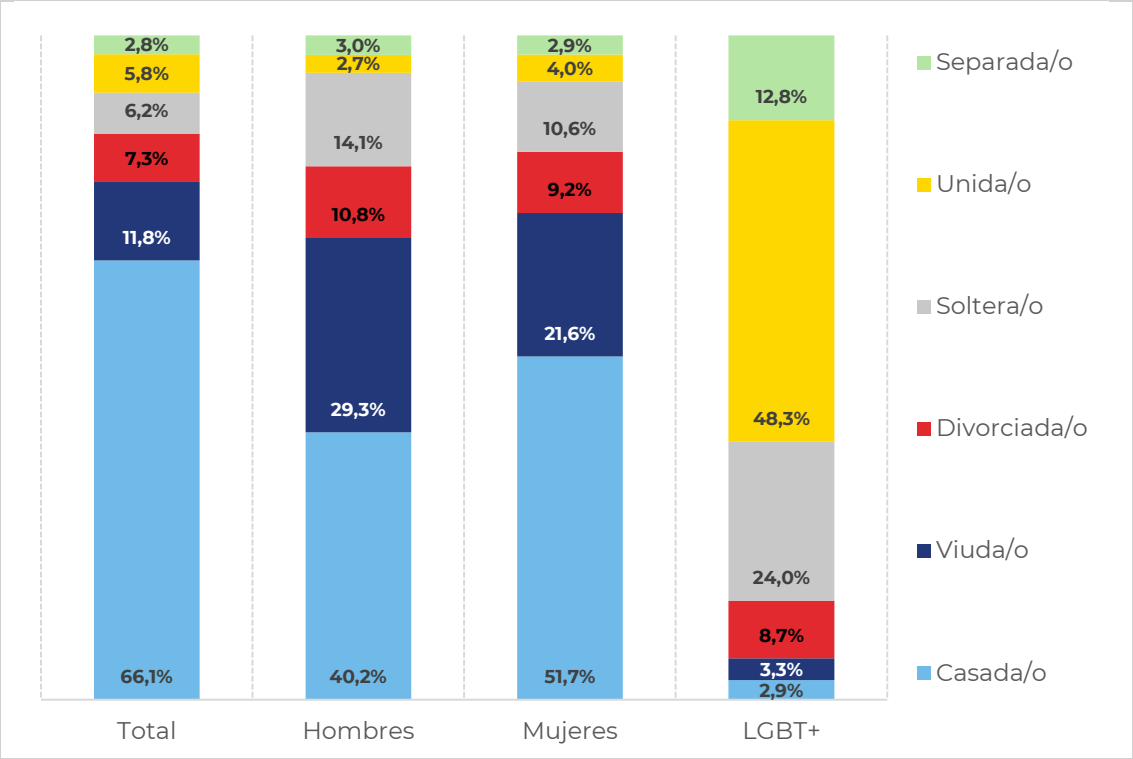
Este enfoque es coherente con la evidencia regional, que destaca que los arreglos residenciales[8] y las redes de apoyo social influyen de manera decisiva en el bienestar de la PAM, y que la situación conyugal, en interacción con el sexo, la edad y la condición socioeconómica, puede profundizar desigualdades (CEPAL, 2022). Con base en ello, el análisis subsecuente interpreta la distribución de la situación conyugal de la PAM en el DMQ como una aproximación indirecta de los arreglos residenciales y las redes de apoyo de este grupo etario.

La Ilustración 14 evidencia que, en 2022, la situación conyugal de la PAM del DMQ exhibe una mayor proporción de población casada y viuda, con diferencias marcadas por sexo y con un patrón particular en el grupo LGBT+. A este respecto, del total de la PAM, el 66,1% se declara casada/o —aproximadamente 6 de cada 10 personas adultas mayores— y 11,8% como viuda/o —aproximadamente 1 de cada 10 personas adultas mayores—. En proporciones menores, se registran los estados conyugales divorciada/o —7,3%—, soltera/o —6,2%—, unida/o —5,8%— y separada/o —2,8%— (INEC, 2022). Estas prevalencias sugieren que, para la mayoría de PAM, la vejez se transita con un vínculo conyugal vigente —casadas/os o unidas/os—; sin embargo, una proporción no menos importante de PAM se encuentra en situaciones —como la viudez, separación o divorcio— que pueden asociarse con una menor disponibilidad de redes de apoyo.

[8] Los arreglos residenciales se refieren a con quién vive una persona y cómo está conformado su hogar (CEPAL, 2022).

Ilustración 14

Estado civil de la PAM en el DMQ por sexo, identidad y orientación sexual, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra la distribución del estado civil de la población adulta mayor (PAM) del DMQ en 2022 para el total y por grupos —hombres, mujeres y LGBT+—. Cada barra está expresada en porcentajes respecto del total de PAM de cada grupo, y los segmentos indican la proporción en cada categoría —casada/o, viuda/o, divorciada/o, soltera/o, unida/o y separada/o—.

Al desagregar la situación conyugal por sexo, se observa un contraste consistente con la brecha de longevidad, exponiendo diferencias marcadas entre hombres y mujeres. Entre los hombres adultos mayores, predomina la categoría casado —40,2%—, pero destaca una proporción elevada de viudez con el 29,3%. Esto implica que cerca de 4 de cada 10 hombres adultos mayores están casados y casi 3 de cada 10 son viudos. En proporciones menores se registran soltería —14,1%—, divorcio —10,8%—, separación —3,0%— y unión de hecho —2,7%—. En las mujeres, en cambio, se observa una mayor concentración en la situación conyugal de casada —51,7%— y una proporción también relevante de viudez —21,6%—, lo que equivale aproximadamente a 5 de cada 10 mujeres adultas mayores casadas y 2 de cada 10 viudas; mientras que, el resto se distribuye entre soltera —10,6%—, divorciada —9,2%—, unida —4,0%— y separada —2,9%— (INEC, 2022). Estas prevalencias sugieren que la situación conyugal en la vejez no es neutra por sexo y que la viudez constituye un componente central de la estructura conyugal de la PAM.

Por su parte, el grupo LGBT+ presenta una estructura claramente diferenciada respecto del total. En este grupo predomina la condición unida/o —48,3%— y soltera/o —24,0%—, mientras que las proporciones de casada/o —2,9%— y viuda/o —3,3%— son menores, por lo que este perfil sugiere situaciones conyugales distintas dentro de la PAM LGBT+ (INEC, 2022).

Después del análisis por sexo e identidad y orientación sexual, la Ilustración 15 permite profundizar la lectura al mostrar cómo cambia la situación conyugal dentro de la PAM conforme avanza la edad. El patrón central muestra que la situación conyugal cambia

con la edad; a medida que se avanza hacia edades más altas, disminuye la proporción de personas casadas o unidas, y aumenta sistemáticamente la viudez.

En los tramos iniciales de la vejez —65 a 74 años— predomina la condición de casada/o —entre 56% y 58%—, mientras la viudez se mantiene baja —entre 11% y 16%— y el divorcio se sitúa alrededor del 10% y 11%. A partir de los 75 años, la viudez aumenta de forma sostenida y se vuelve dominante en edades avanzadas, superando a la condición de casada/o a partir de los 85 y 89 años, y llegando al 69,1% en las personas de 100 años y más —cerca de 7 de cada 10—, lo que evidencia que la longevidad avanzada se asocia crecientemente con la ausencia de pareja por fallecimiento. En contraste, las categorías unida/o, separada/o y divorciada/o, tienden a reducirse con la edad, mientras la soltería se mantiene relativamente estable —alrededor del 10% y 12%— (INEC, 2022).

Ilustración 15

Distribución porcentual de la situación conyugal por grupo de edad en la población de 65 años y más del DMQ, 2022

	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	100 años y más
Casada/o	58%	56%	52%	44%	34%	25%	17%	16%
Divorciada/o	11%	10%	9%	7%	6%	4%	4%	3%
Separada/o	4%	3%	3%	2%	1%	1%	1%	1%
Soltera/o	11%	10%	10%	10%	11%	11%	13%	10%
Unida/o	5%	4%	3%	3%	2%	1%	2%	1%
Viuda/o	11%	16%	23%	34%	46%	57%	63%	69%

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). Cada columna corresponde a un grupo de edad y cada fila a una categoría de estado civil. Los valores dentro de cada celda indican el porcentaje de personas de ese grupo de edad que se encuentra en el estado civil señalado; por tanto, los porcentajes suman 100% dentro de cada grupo de edad. La intensidad del color representa la magnitud del porcentaje -tonos más oscuros indican porcentajes más altos-.

5.2. Composición del hogar

El análisis de la composición del hogar permite aproximarse a la situación de bienestar en la vejez, ya que funciona como un indicador indirecto de la disponibilidad diaria de apoyo, ya sea en acompañamiento, ayuda en tareas básicas o en la organización de los cuidados. En ALC, la evidencia censal muestra que la situación más común es que las personas adultas mayores vivan acompañadas, especialmente con hijas/os u otros familiares, mientras que residir en solitario es relativamente menos frecuente. Aunque esta situación tiende a aumentar en edades avanzadas, la proporción de quienes viven solas/os suele ubicarse, según el país, entre 5% y 20% (Esteve & Zueras, 2021).

Además, el tamaño del hogar donde residen las personas adultas mayores varía ampliamente en la región, desde dos o menos convivientes en países como Argentina, Puerto Rico y Uruguay, hasta cuatro o más en Honduras y Nicaragua. Estas diferencias se asocian con la mayor o menor presencia de generaciones jóvenes y otros familiares en la convivencia (Esteve & Zueras, 2021). Este contexto regional sugiere que,

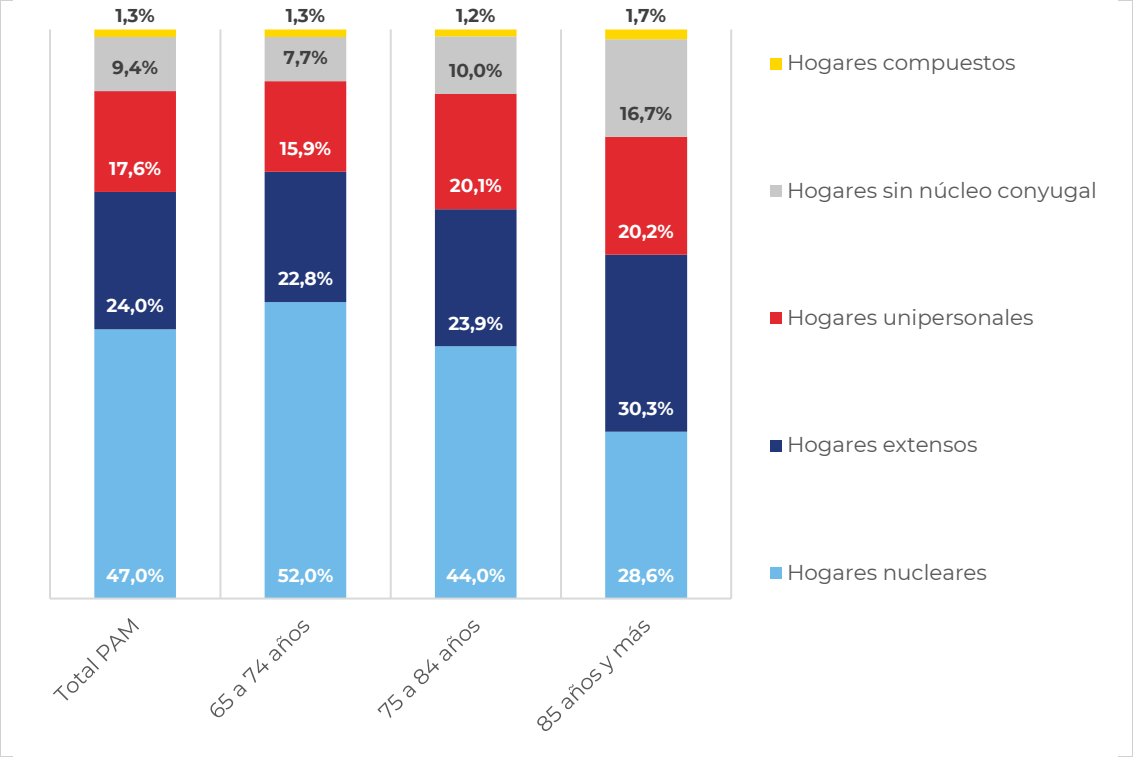
especialmente donde la protección social es desigual, el hogar y la familia siguen siendo un pilar de protección y cuidado; por ello, analizar con quién vive la PAM en el DMQ permite anticipar brechas en las redes de apoyo y posibles necesidades de intervención pública.

Al analizar la tipología de hogar de la PAM del DMQ —véase la Ilustración 16—, se observa que predomina la residencia en hogares nucleares y extensos, lo que sugiere que la convivencia con pareja y/o familiares es el arreglo más frecuente en la vejez. En el total de la PAM, cerca de 7 de cada 10 personas mayores viven en hogares nucleares —47,0%— o extensos —24,0%—. En contraste, los hogares unipersonales alcanzan 17,6% —aproximadamente 2 de cada 10—, mientras que los hogares sin núcleo conyugal —9,4%— y los hogares compuestos —1,3%— presentan una participación menor (INEC, 2022).

El patrón cambia con claridad a medida que avanza la edad, con un desplazamiento desde arreglos nucleares hacia hogares extensos y unipersonales. Entre 65 y 74 años predomina el hogar nuclear —52,0%— y la residencia unipersonal es menos frecuente —15,9%—. En los 75 a 84 años, el componente nuclear se reduce —44,0%— y aumentan los hogares unipersonales —20,1%— y los hogares sin núcleo conyugal —10,0%—. El cambio más marcado se observa a partir de los 85 años, puesto que los hogares nucleares descienden a 28,6%, mientras los hogares extensos suben a 30,3% y los unipersonales alcanzan 20,2%; además, crece la proporción de hogares sin núcleo conyugal —16,7%— (INEC, 2022). En términos interpretativos, esto sugiere que la vejez avanzada se asocia con una mayor probabilidad a vivir solo/a o a una convivencia ampliada con familiares, arreglos que suelen emerger tras cambios en la vida conyugal, el estado de salud o la necesidad de apoyo cotidiano.

A la postre, aunque la convivencia familiar sigue siendo el arreglo predominante, el avance hacia edades más longevas incrementa la proporción de personas mayores en situaciones potencialmente más vulnerables —hogares unipersonales— y también la dependencia de redes familiares ampliadas —hogares extensos—, lo que tiene implicaciones directas para la planificación de servicios de atención y cuidado en el DMQ.

Ilustración 16
Distribución porcentual de la tipología de hogar de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022



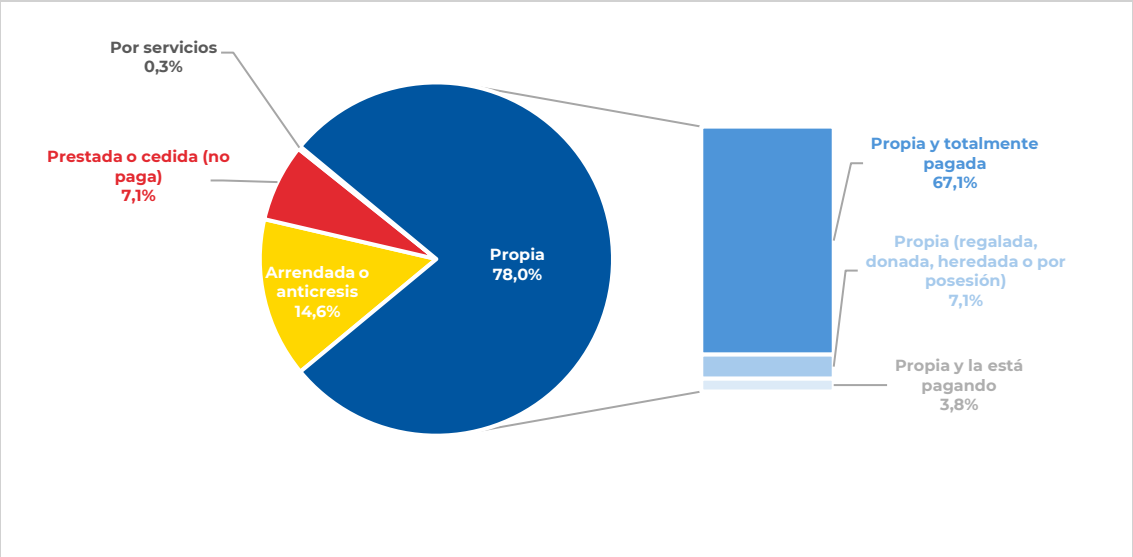
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, en porcentajes, la tipología de hogar en la que reside la PAM del DMQ, comparando el total y los grupos de edad avanzada. Cada barra representa la distribución del total de PAM del grupo correspondiente entre tipos de hogar; para su lectura, se observa la proporción de cada segmento de color dentro de la barra. Los porcentajes pueden no sumar 100% porque no se incluye a la PAM que vive en viviendas colectivas (sin tipología de hogar), que representa 0,6% del total de la PAM del DMQ.

5.3. Vivienda

El CPV 2022 identifica 196.898 hogares donde habita al menos una persona adulta mayor, de los cuales en 152.276 la PAM es la persona representante del hogar. En este conjunto, la tenencia de la vivienda muestra un claro predominio de la propiedad: 78,0% de los hogares habita en vivienda propia, principalmente propia y totalmente pagada —67,1%—, seguida por vivienda propia regalada, donada, heredada o por posesión —7,1%— y, en menor medida, vivienda propia aún en proceso de pago —3,8%—. En contraste, 14,6% reside en viviendas arrendadas o en anticresis y 7,1% en viviendas prestadas o cedidas sin pago, proporciones que evidencian un segmento relevante con menor seguridad de tenencia y mayor exposición a cambios en las condiciones de alojamiento (INEC, 2022).

Esta distribución combina una base importante de estabilidad residencial —que puede favorecer la autonomía y el arraigo— con grupos para quienes la vivienda puede convertirse en un factor de vulnerabilidad, al limitar la posibilidad de realizar adecuaciones de accesibilidad, sostener redes de apoyo y garantizar condiciones habitacionales compatibles con necesidades de cuidado en la vejez.

Ilustración 17
Tenencia de vivienda de la PAM representante de hogar en el DMQ, 2022

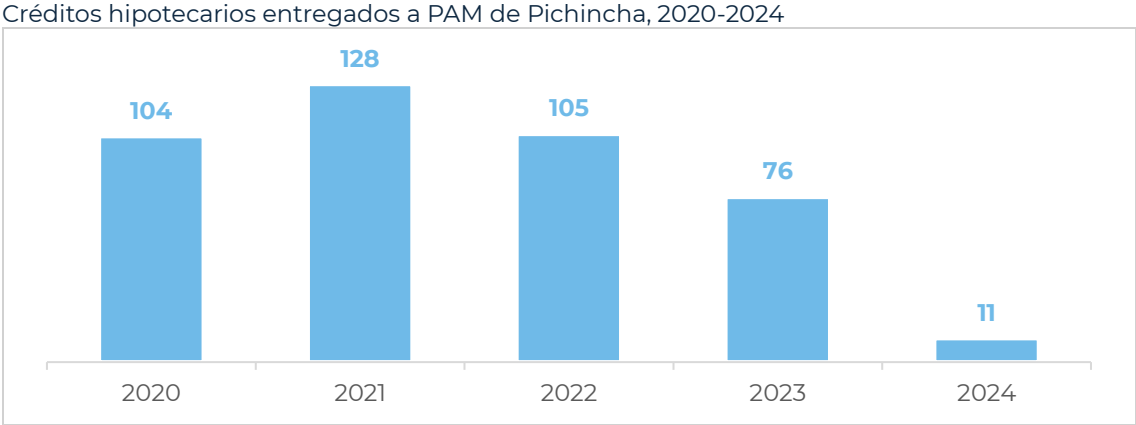


Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, en porcentajes, la tenencia de la vivienda de los hogares cuyo representante es una persona adulta mayor en el DMQ. El gráfico circular presenta la distribución general por tipo de tenencia, y el recuadro desagrega la categoría "propia" según su forma de adquisición -pagada, heredada/regalada o en pago-.

5.4. Acceso a vivienda

La Ilustración 18 muestra una reducción sostenida en la entrega de créditos hipotecarios a PAM en Pichincha después del pico observado en 2021. Los créditos pasan de 104 —2020— a 128 —2021— y luego descienden a 105 —2022— y 76 — 2023— hasta llegar a 11 en 2024. Este último valor debe leerse con cautela porque el dato corresponde a un corte a marzo de 2024, por lo que no representa un año completo; aun así, la trayectoria general sugiere una contracción del acceso o colocación de este tipo de financiamiento en la PAM en los años recientes (CGEDI, 2026).

Ilustración 18
Créditos hipotecarios entregados a PAM de Pichincha, 2020-2024



Nota. Elaborado en base a información procesada por la Coordinación General de Estudios y Datos de Inclusión -CGEDI- en base a datos de BIESS -con corte a marzo de 2024- (CGEDI, 2026).

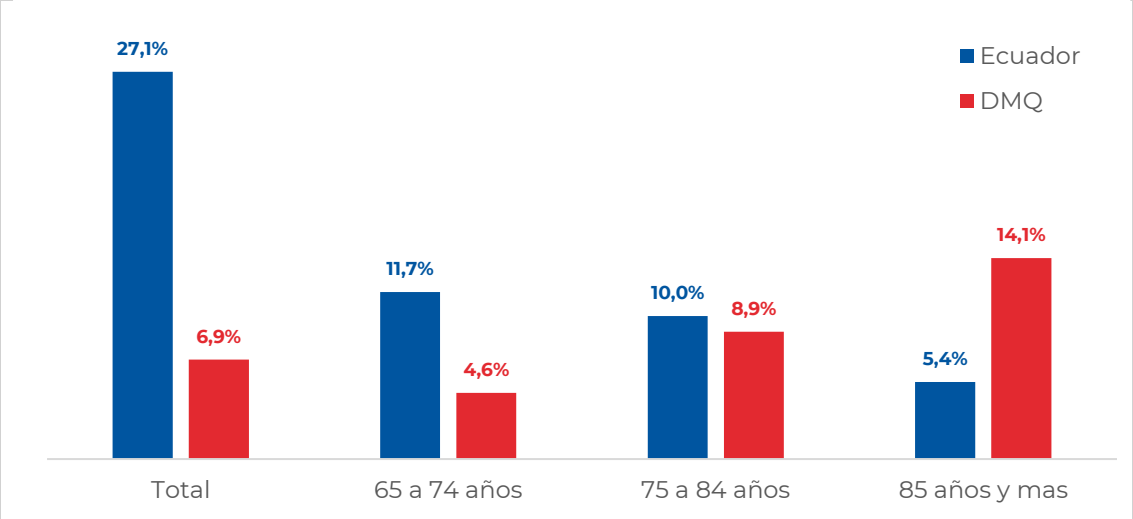
6. Educación

La educación influye en las oportunidades acumuladas a lo largo del ciclo de vida y en la capacidad de acceder a información, servicios y protección social en la vejez. En esta sección se describen los niveles educativos de la PAM en el DMQ, identificando brechas generacionales y desigualdades relevantes para el ejercicio efectivo de derechos.

La Ilustración 19 muestra que, en el DMQ, el analfabetismo en PAM es relativamente bajo en el total —6,9%—, pero aumenta con fuerza a medida que se avanza hacia edades más longevas, evidenciando un marcado efecto generacional. En los tramos de 65 a 74 años, solo 4,6% de la PAM es analfabeta —aproximadamente 5 de cada 100— Mientras que, en el tramo de 75 a 84 años la proporción sube a 8,9% —casi 9 de cada 100—. El salto más importante se observa en 85 años y más, donde el analfabetismo alcanza 14,1% —alrededor de 1 de cada 7—, lo que sugiere que las cohortes más antiguas enfrentaron mayores barreras de acceso y permanencia en el sistema educativo (INEC, 2022).

La comparación con Ecuador refuerza esta lectura. Aunque el DMQ registra niveles inferiores al promedio nacional en los tramos más jóvenes de la vejez y en el total, en el grupo de 85 años y más la diferencia se reduce considerablemente —DMQ 14,1% frente a Ecuador 5,4%—, lo que indica que en edades muy avanzadas el rezago educativo persiste como un desafío relevante incluso en un contexto del DMQ (INEC, 2022). En términos prácticos, este patrón sugiere que las estrategias de inclusión y acceso a información o servicios en el DMQ deben considerar especialmente a la PAM más longeva, donde el analfabetismo se vuelve más frecuente y puede traducirse en mayores barreras para trámites, acceso a servicios y ejercicio de derechos.

Ilustración 19
Analfabetismo en la PAM del Ecuador y el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración compara, en porcentajes, la prevalencia de analfabetismo en la PAM de Ecuador -azul- y del DMQ -rojo-, para el total y por grupos de edad avanzada. En cada categoría, el valor corresponde al porcentaje del total de PAM del respectivo territorio y grupo de edad.

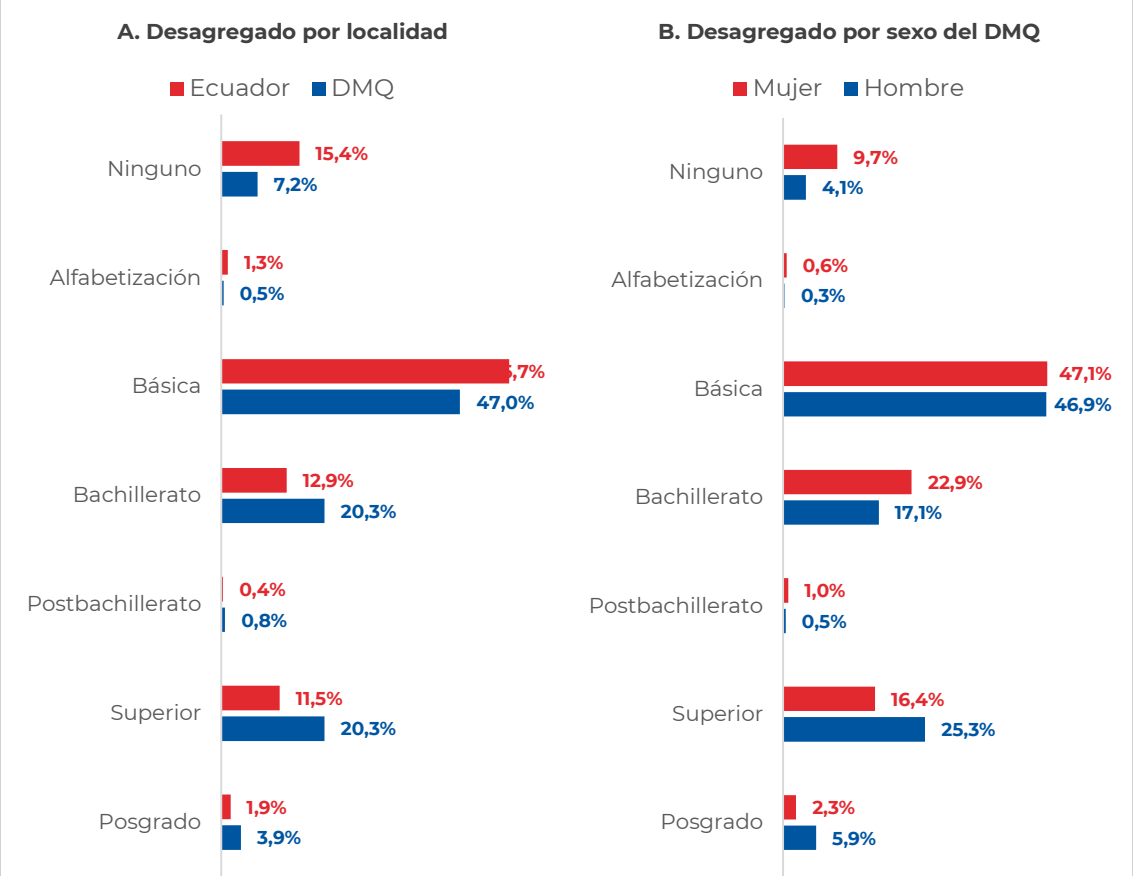
Por otro lado, la Ilustración 20 muestra que el perfil educativo de la PAM en el DMQ es, en promedio, más favorable que el del país, aunque mantiene brechas internas relevantes. En el Panel A, se destaca una menor proporción de personas sin instrucción en el DMQ —7,2%— frente a Ecuador —15,4%—, lo que sugiere mejores

condiciones históricas de acceso educativo en el territorio. A la vez, el DMQ concentra una mayor presencia de niveles medios y superiores: bachillerato alcanza 20,3% —frente al 12,9% nacional— y la educación superior también se sitúa en 20,3% —frente al 11,5% nacional—, mientras que posgrado llega a 3,9% —frente al 1,9% nacional—. En contraste, la educación básica sigue siendo el nivel predominante en la PAM del DMQ —47,0%—, confirmando que una parte importante de esta población acumuló trayectorias educativas limitadas, propias de cohortes formadas en contextos de menor cobertura y mayores barreras de acceso (INEC, 2022).

En el Panel B, se evidencia que las desigualdades educativas en la vejez también tienen un componente de género. Entre las mujeres adultas mayores del DMQ, la proporción sin instrucción —9,7%— es más del doble que la de los hombres —4,1%—, lo que refleja brechas históricas de acceso y permanencia en el sistema educativo. En los niveles más altos, los hombres presentan mayores porcentajes en educación superior —25,3% frente al 16,4%— y posgrado —5,9% frente al 2,3%—, mientras que las mujeres concentran relativamente más presencia en bachillerato —22,9% frente al 17,1%— (INEC, 2022). Estas diferencias condicionan el acceso efectivo a información, trámites, empleo e ingresos en la vejez, y pueden amplificar desventajas en el uso de servicios —incluidos los digitales— y en la capacidad de exigir prestaciones.

Ilustración 20

Nivel de instrucción más alto al que asiste o asistió la PAM por sexo del DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración compara, en porcentajes, la prevalencia de analfabetismo en la PAM de Ecuador -azul- y del DMQ -rojo-, para el total y por grupos de edad avanzada. En cada categoría, el valor corresponde al porcentaje del total de PAM del respectivo territorio y grupo de edad.

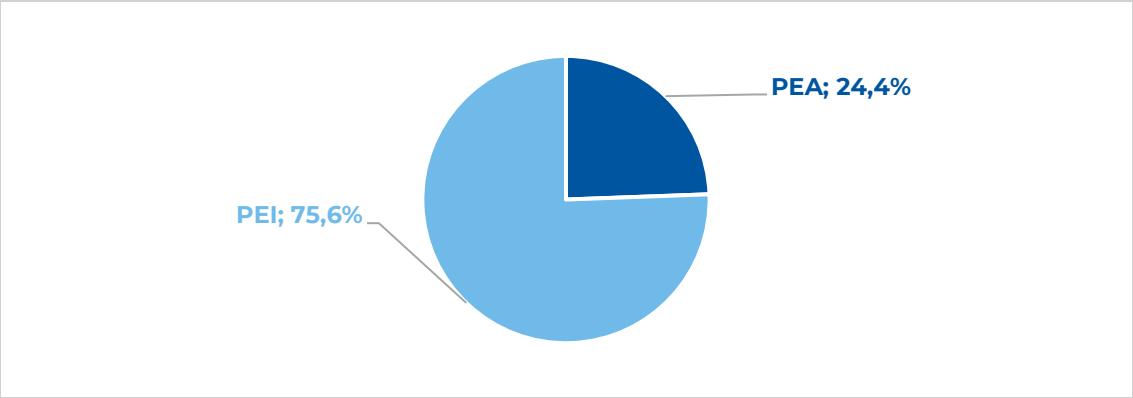
7. Participación económica y protección social

La presente sección permite aproximarse a las condiciones de autonomía económica en la vejez y a las brechas de seguridad frente a riesgos como enfermedad, dependencia o pérdida de ingresos. En esta sección se analiza la inserción laboral de la PAM del DMQ y su vínculo con mecanismos de protección —como afiliación y acceso a pensiones—.

7.1. Clasificación económica de la PAM

La Ilustración 21 ofrece una primera lectura sintética de la vinculación económica de la población adulta mayor en el DMQ. En el IV trimestre de 2025, cerca de una cuarta parte de la PAM se encuentra en la Población Económicamente Activa —PEA, 24,4%— ,es decir, trabaja o busca trabajo, mientras que la mayoría integra la Población Económicamente Inactiva —PEI, 75,6%—, fuera del mercado laboral. Este resultado confirma que, aunque el retiro o la inactividad predominan en edades avanzadas, existe un segmento relevante de personas mayores que mantiene participación económica, lo que puede responder tanto a decisiones de continuidad laboral como a necesidades de ingreso ante coberturas incompletas de protección social (INEC, 2022–2025).

Ilustración 21
Clasificación económica de la PAM en el DMQ, IV-2025



Nota. Estimación propia con base en microdatos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – Trimestral (INEC, 2022–2025).

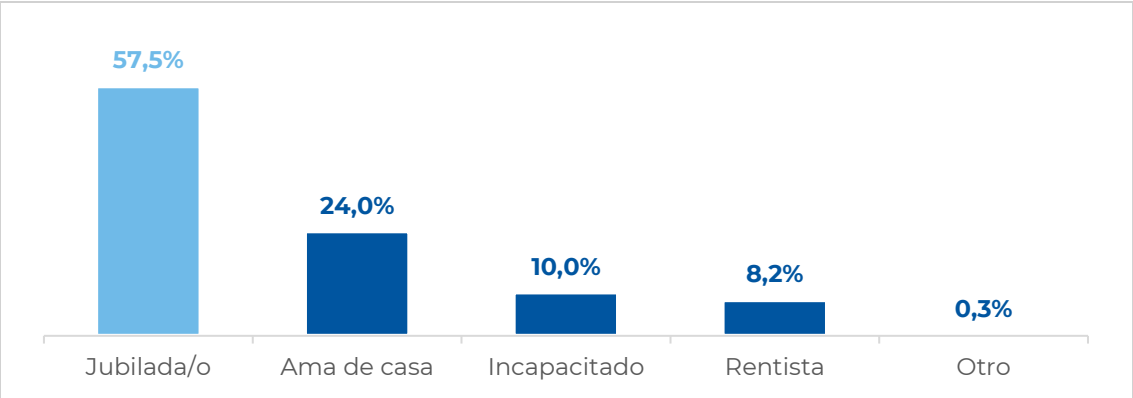
7.2. Condición de inactividad de la PAM

La Ilustración 22 profundiza en la PEI de la PAM en el DMQ —IV-2025— y muestra que la inactividad responde principalmente a trayectorias asociadas al retiro y a la organización social del cuidado. La categoría predominante es jubilada/o —57,5%—, lo que sugiere que, para una mayoría, la salida del mercado laboral está mediada por el ciclo de vida y, potencialmente, por el acceso a algún mecanismo de pensión o retiro. Sin embargo, destaca que casi una de cada cuatro personas inactivas se identifica como ama de casa —24,0%—, evidenciando que una fracción importante de la PAM permanece fuera del mercado laboral por dedicación al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, lo que remite a desigualdades acumuladas —especialmente de género— en acceso a empleo formal y protección contributiva (INEC, 2022–2025).

Además, 10,0% se clasifica como incapacitado, señalando la relevancia de condiciones de salud y limitaciones funcionales como factor directo de exclusión del trabajo, y 8,2% como rentista, una categoría que suele asociarse a ingresos por activos o rentas y que,

aunque minoritaria, refleja heterogeneidad en la autonomía económica en la vejez (INEC, 2022–2025).

Ilustración 22
Condición de inactividad de la PAM en el DMQ, IV-2025



Nota. Estimación propia con base en microdatos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – Trimestral (INEC, 2022–2025).

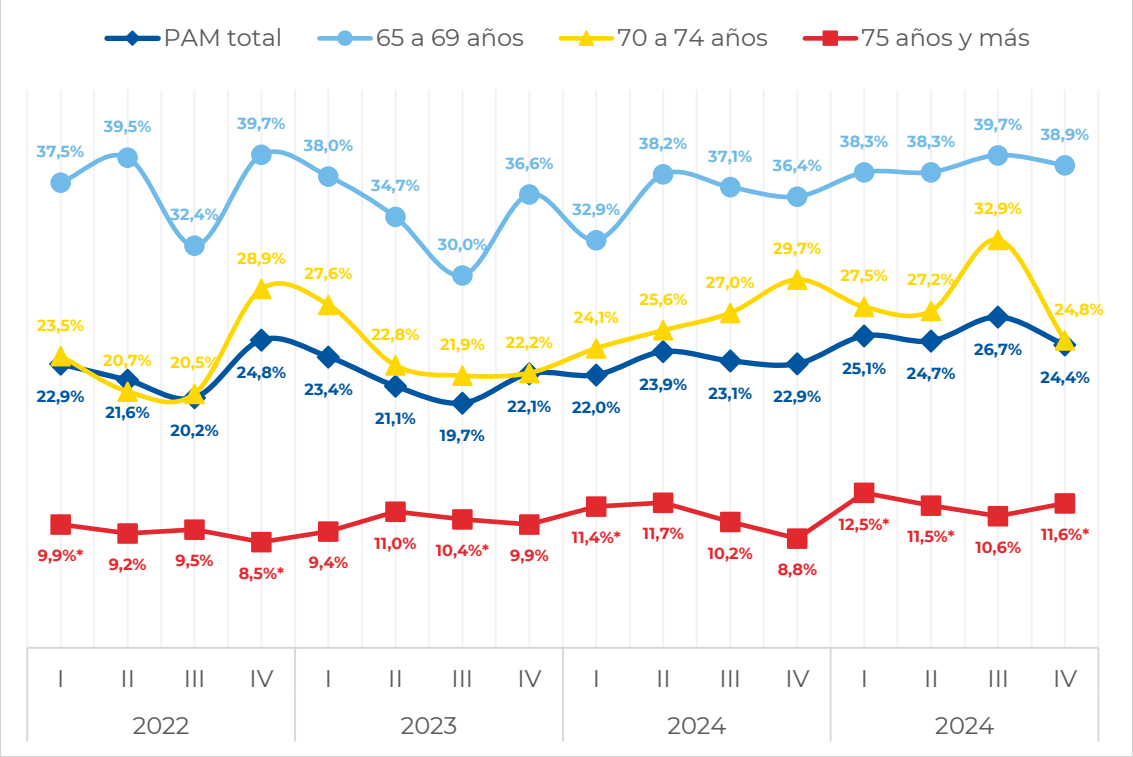
7.3. Participación económica en el mercado laboral

La Ilustración 23 presenta la tasa de participación global —TPG— de la PAM en el DMQ, un indicador que expresa qué proporción de personas de 65 años o más está económicamente activa, es decir, ocupada o buscando empleo en cada trimestre. Desde esta perspectiva, la serie muestra que la vinculación de la PAM con el mercado laboral es sostenida, aunque cambia de forma marcada según la edad avanzada. En el total de la PAM, la TPG se ubica aproximadamente entre 20% y 27% a lo largo de 2022–2025, lo que sugiere que, en promedio, alrededor de una de cada cuatro personas adultas mayores mantiene participación económica, con oscilaciones trimestrales moderadas (INEC, 2022–2025).

Al desagregar el análisis por edad, se evidencia que el grupo de 65 a 69 años registra de manera sistemática las tasas más altas, moviéndose alrededor de 30% a 40%, mientras que en 70 a 74 años la participación desciende a niveles intermedios, aproximadamente entre 20% y 33%, con un repunte hacia el final de la serie. En contraste, en 75 años y más la TPG cae a valores claramente inferiores, en torno a 9% a 12%, lo que refleja que, conforme avanza la edad, disminuye la capacidad o la posibilidad de sostener una inserción laboral, ya sea por deterioro de la salud, mayores limitaciones funcionales, barreras de contratación por edad o transición hacia la inactividad y el retiro (INEC, 2022–2025).

La participación relativamente alta entre los 65 a 69 años indica que una fracción importante de la PAM continúa vinculada al trabajo, lo que vuelve relevante garantizar condiciones dignas, no discriminación por edad, compatibilidad con la salud y acceso a empleos con protección. Por otro lado, la fuerte reducción en las personas de 75 años y más refuerza que, en la vejez avanzada, la garantía de derechos depende cada vez más de la protección social y de la disponibilidad de asistencia y cuidados, para evitar que la salida del mercado laboral se traduzca en precariedad o dependencia no atendida.

Ilustración 23
Tasa de participación global de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022—2025

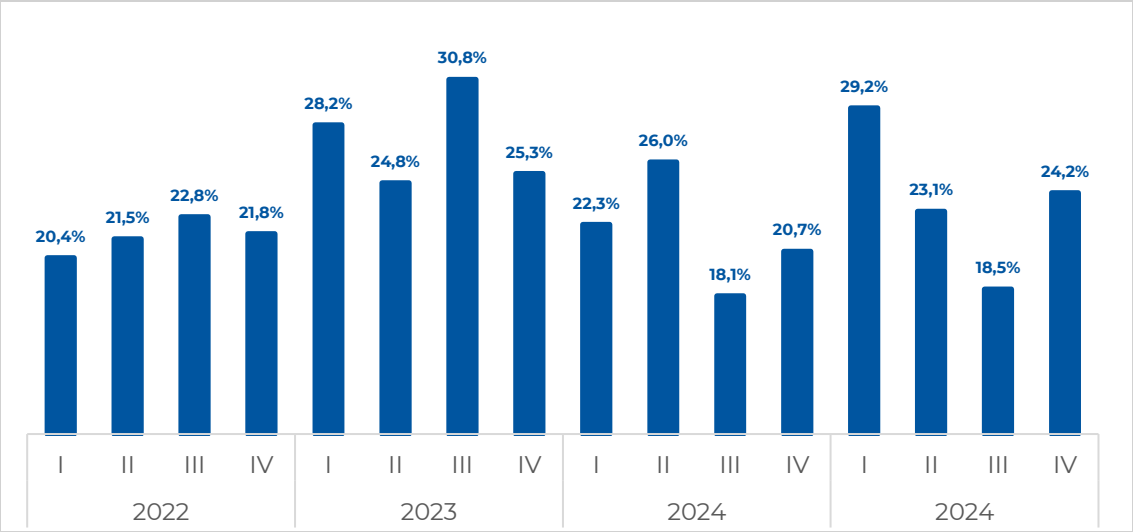


Nota. Estimación propia con base en microdatos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – Trimestral (INEC, 2022–2025). La ilustración muestra la tasa de participación global de la PAM en el DMQ en una serie trimestral -2022–2025-, diferenciando el total y los grupos de edad -65–69, 70–74 y 75 y más-. Para su lectura, se comparan los puntos y la trayectoria de cada línea entre trimestres. Valores más altos indican mayor proporción de personas que participan en el mercado laboral. Los valores marcados con (*) corresponden a estimaciones con coeficiente de variación mayor al 15%, lo que implica mayor incertidumbre estadística -estimación menos precisa por variabilidad muestral-; por ello, deben interpretarse con cautela.

Por otro lado, la Ilustración 24 muestra que el empleo adecuado dentro de la PAM en el DMQ se mantiene en niveles moderados y variables a lo largo de 2022–2025. En términos prácticos, este indicador aproxima la proporción de personas adultas mayores ocupadas que se encuentran en condiciones laborales consideradas adecuadas —por nivel de ingresos y jornada laboral—, y por tanto permite mirar no solo si la PAM trabaja, sino en qué calidad se inserta en el mercado laboral.

En el período analizado, la tasa se ubica la mayor parte del tiempo entre 20% y 26%, con picos puntuales en 2023 y comienzos de 2025. Se observa un máximo de 30,8% (III trimestre de 2023) y otro repunte alto de 29,2% —I trimestre de 2025—. En contraste, los valores más bajos aparecen en 2024, con un mínimo de 18,1% —III trimestre de 2024— y un nivel similar de 18,5% —III trimestre de 2025—. Este comportamiento sugiere que, aun cuando una fracción relevante de la PAM participa económicamente, solo una parte logra hacerlo en condiciones adecuadas (INEC, 2022–2025). El hallazgo central es que la permanencia en el trabajo en edades avanzadas no necesariamente implica trabajo adecuado. Una tasa de empleo adecuado alrededor de una quinta parte indica que existe un segmento importante de PAM ocupada en condiciones potencialmente precarias o insuficientes.

Ilustración 24
Tasa de empleo adecuado de la PAM por grupos de edad avanzada en el DMQ, 2022—2025



Nota. Estimación propia con base en microdatos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – Trimestral (INEC, 2022–2025). La ilustración muestra la tasa de empleo adecuado de la PAM en el DMQ en una serie trimestral (2022–2025), comparando el total de la PAM y el grupo de 65 a 69 años. Para su lectura, se observa la trayectoria de cada línea entre trimestres. Valores más altos indican una mayor proporción de personas con empleo considerado adecuado. En esta figura se excluyen los grupos de 70 años y más porque, a lo largo de toda la serie, presentan un coeficiente de variación superior al 15%, lo que implica estimaciones menos precisas y comparaciones menos confiables.

7.4. Pobreza

Los datos de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas —NBI— muestran que en el DMQ 36.950 personas adultas mayores se encuentran en esta condición, lo que equivale a 26,4% de la PAM. En términos de magnitud, esto implica que aproximadamente 1 de cada 4 personas de 65 años o más vive en hogares con privaciones estructurales vivienda, servicios, hacinamiento, dependencia económica o acceso educativo, según el enfoque NBI), por lo que la vejez en el DMQ no puede leerse solo desde la longevidad, sino también desde brechas materiales que condicionan la autonomía y el acceso efectivo a derechos (INEC, 2022).

La pobreza por NBI en la PAM no presenta diferencias relevantes por sexo —26,5% en hombres y 26,4% en mujeres—, pero sí exhibe desigualdades territoriales y étnicas marcadas: en el ámbito rural alcanza 43,0%, muy por encima del urbano —20,3%—, y por autoidentificación étnica las brechas son profundas —por ejemplo, 59,0% en población indígena, frente a 16,7% en población blanca— (INEC, 2022).

7.5. Mendicidad

El Diagnóstico Situacional de Personas Habitantes de Calle del Patronato Municipal San José (2022) identificó 793 personas habitantes de calle. Dentro de este universo, la PAM representa el 11,2% —es decir, casi 1 de cada 10 personas habitantes de calle es adulta mayor—. Esta proporción debe leerse junto con un hallazgo clave del diagnóstico, y es que la habitabilidad en calle se asocia con una esperanza de vida sustantivamente menor. En conjunto, ello sugiere que el envejecimiento en calle ocurre bajo condiciones de alta vulnerabilidad, con mayor mortalidad y un deterioro acelerado de la salud y las capacidades.

Para la PAM, la calle tiende a multiplicar vulnerabilidades ya presentes por edad. En el conjunto de habitantes de calle, 85% duerme a la intemperie —espacio público,

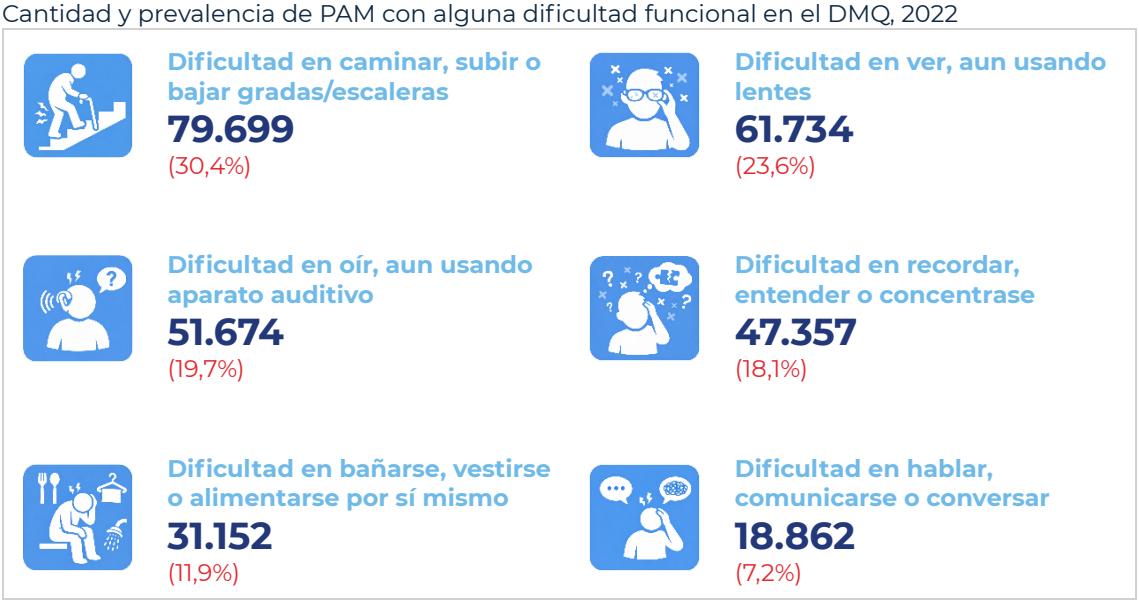
cambuches, cuevas o túneles— y solo 15% en albergues, exponiendo a las personas mayores a un riesgo más alto por frío, inseguridad y deterioro de salud. Además, se reporta 18% con discapacidad —pero apenas 2% con carné—, 10% con sintomatología psiquiátrica severa, y 75% con consumo de sustancias, condiciones especialmente críticas cuando se combina la morbilidad y una menor autonomía funcional propias de edades avanzadas (Patronato Municipal San José, 2022).

8. Salud y bienestar

8.1. Dificultades funcionales permanentes

En línea con el CPV 2022, las dificultades funcionales en la PAM del DMQ se concentran principalmente en esferas vinculadas a la movilidad y a la capacidad sensorial —ver y oír—, mientras que las limitaciones en comunicación y autocuidado aparecen con menor prevalencia —véase la Ilustración 25—. En movilidad, 3 de cada 10 personas adultas mayores reportan alguna dificultad para caminar, subir o bajar gradas —30,4% en total—. En el plano sensorial, casi 1 de cada 4 presenta dificultades para ver aun usando lentes —23,6%— y alrededor de 2 de cada 10 para oír aun usando aparato auditivo —19,7%—; esto sugiere que las barreras asociadas al entorno físico y a la capacidad sensorial son dimensiones centrales del bienestar funcional en la vejez. Por otra parte, las dificultades para recordar, entender o concentrarse también son relevantes —18,1%—, mientras que las vinculadas al autocuidado —bañarse, vestirse o alimentarse— —11,9%— y a hablar/comunicarse —7,2%— aparecen con menor frecuencia relativa (INEC, 2022).

Ilustración 25
Cantidad y prevalencia de PAM con alguna dificultad funcional en el DMQ, 2022



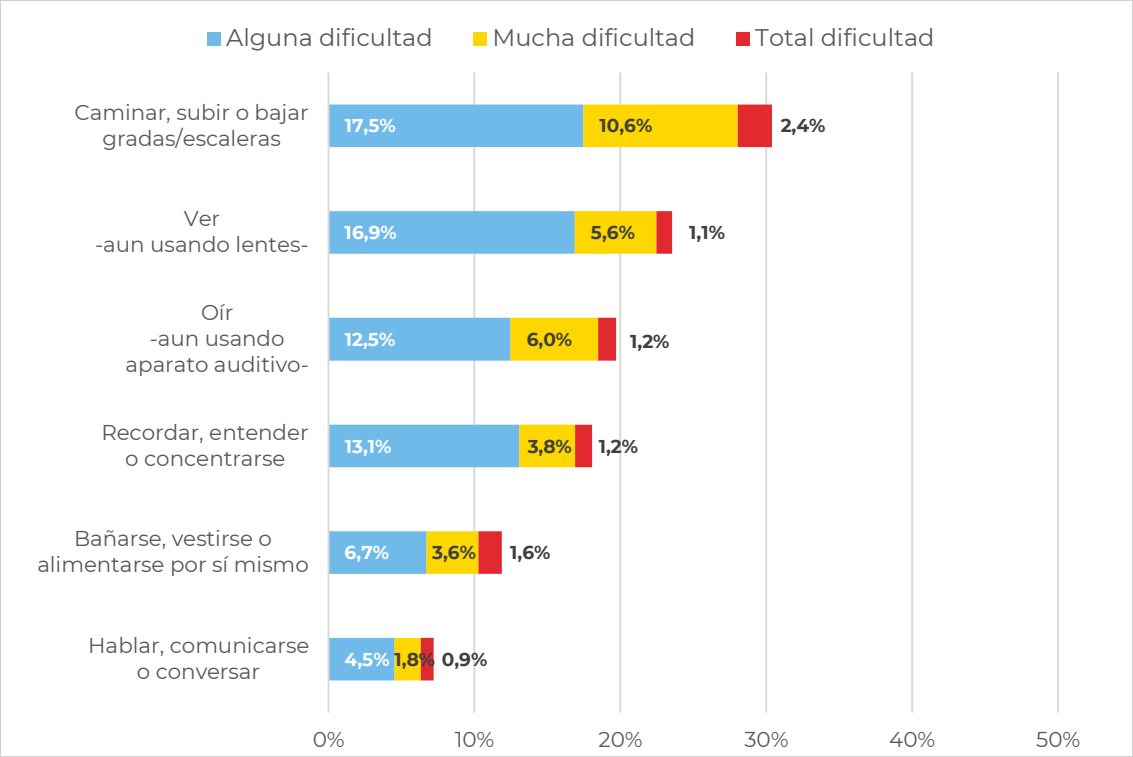
Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). El gráfico resume, por esfera del funcionamiento, el número de personas de la PAM en el DMQ que reportan algún tipo de dificultad funcional. En cada recuadro, el valor principal corresponde al total de casos y el porcentaje indica su peso respecto del total de la PAM del DMQ.

Al mismo tiempo, si se considera la dificultad funcional permanente —combinación entre mucha dificultad y total dificultad—, la movilidad destaca nuevamente como la esfera con mayor peso de limitaciones más severas, seguida por ver y oír; en cambio, en bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y en hablar o comunicarse, aunque

existen dificultades, la proporción en niveles severos es comparativamente menor (INEC, 2022). Esta lectura es relevante porque las dificultades permanentes son las que tienden a asociarse más directamente con requerimientos de apoyo cotidiano, adaptaciones del hogar y necesidades de cuidado, por lo que el patrón observado orienta la atención hacia intervenciones de accesibilidad, prevención de caídas y apoyo sensorial.

Ilustración 26

Dificultades funcionales de la PAM por esfera del funcionamiento en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, en porcentajes, las dificultades funcionales de la PAM en el DMQ por esfera del funcionamiento. En cada esfera, la barra representa el porcentaje del total de la PAM del DMQ, dividido según el nivel de dificultad (alguna, mucha o total). Para leerla, compare la longitud total de las barras entre esferas y la proporción de colores dentro de cada barra.

Por otro lado, la Ilustración 27 ahonda el análisis al mostrar quiénes concentran las dificultades funcionales permanentes —mucha dificultad y total dificultad— dentro de cada esfera, según grupos de edad avanzada. De este análisis, se evidencia que, en todas las esferas, las dificultades permanentes se desplazan hacia edades más avanzadas, y en varias de ellas el grupo de 85 años y más concentra la mayor proporción de casos.

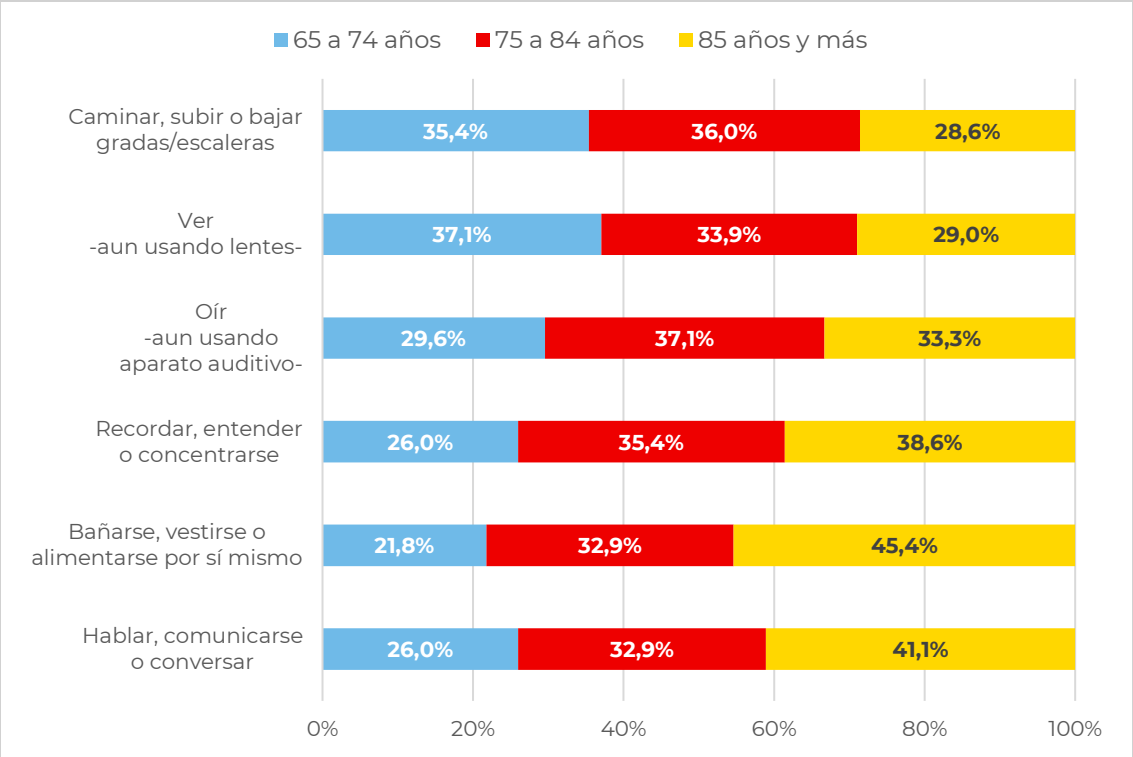
En movilidad —caminar, subir o bajar gradas/escaleras— y en visión, la distribución es relativamente equilibrada entre los 65 a 74 años y 75 a 84 años, con un peso algo menor pero todavía importante el grupo de 85 años y más. Específicamente, en movilidad el total de dificultades permanentes se reparte en 35,4% —65 a 74 años—, 36,0% —75 a 84 años— y 28,6% —85 años y más—; mientras que, en visión, la distribución es de 37,1% en 65–74 años, 33,9% en 75–84 y 29,0% en 85 años y más (INEC, 2022). Esto sugiere que las dificultades funcionales permanentes en movilidad y visión se registran con fuerza desde los primeros años de la vejez y se mantienen a lo largo del ciclo 65 años y más.

En cambio, en esferas más asociadas a autonomía y a funciones cognitivas/comunicativas, el peso se concentra crecientemente en edades avanzadas. En recordar, entender o concentrarse, el grupo de 85 años y más ya representa la mayor proporción —38,6%—, por encima de 75 a 84 años —35,4%— y 65 a 74 años —26,0%—. El gradiente es aún más marcado en autocuidado —bañarse, vestirse o alimentarse—, donde casi la mitad de las dificultades permanentes corresponde a personas de 85 años y más —45,4%—, frente a 32,9% en 75 a 84 años y 21,8% en 65 a 74 años. Un patrón similar aparece en hablar/comunicarse, con 41,1% en 85 años y más, 32,9% en 75 a 84 años y 26,0% en 65 a 74 años. En audición, la concentración también se desplaza hacia los tramos mayores —33,3% en 85 años y más—, aunque con un pico en 75 a 84 años —37,1%—.

A lo largo de los planteamientos hechos, se evidencia que el envejecimiento no solo incrementa la prevalencia de dificultades, sino que también cambia su perfil: mientras las dificultades permanentes en movilidad y visión se distribuyen de forma más pareja dentro de la vejez, las limitaciones que comprometen más directamente la autonomía —autocuidado— y la interacción —cognición/comunicación— se concentran en la vejez avanzada —85 años y más—, lo que refuerza la necesidad de planificar asistencia y cuidados diferenciados por edad.

Ilustración 27

Distribución por edad de las dificultades funcionales permanentes de la PAM por esfera del funcionamiento en el DMQ, 2022



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2022 (INEC, 2022). La ilustración muestra, en porcentajes, la distribución por grupos de edad de las dificultades funcionales permanentes de la PAM en el DMQ, para cada esfera del funcionamiento. En cada barra, los porcentajes suman 100% y representan cómo se reparte el total de casos de esa esfera entre 65–74, 75–84 y 85 años y más. Para su lectura, compare la proporción de colores dentro de cada barra para identificar qué grupo de edad concentra mayor participación en cada esfera.

8.2. Estado de salud y perfil de morbilidad

La Ilustración 28 muestra que, en 2024, los egresos hospitalarios de la PAM en el DMQ se explican principalmente por un perfil mixto de causas crónicas y agudas, con diferencias claras por sexo[9]. En mujeres, la principal causa corresponde a trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas —8,2%—, seguida por influenza y neumonía —5,4%— y otras enfermedades del sistema urinario —4,9%—. También aparecen causas asociadas a fragilidad y multimorbilidad, como traumatismos de cadera y muslo —4,0%— y artrosis —2,8%—, además de enfermedades cerebrovasculares —2,9%— y tumores malignos de órganos digestivos —3,5%—. En conjunto, este patrón sugiere una carga hospitalaria donde conviven enfermedades no transmisibles, eventos respiratorios y condiciones osteomusculares que incrementan el riesgo de pérdida de autonomía (INEC, 2024c).

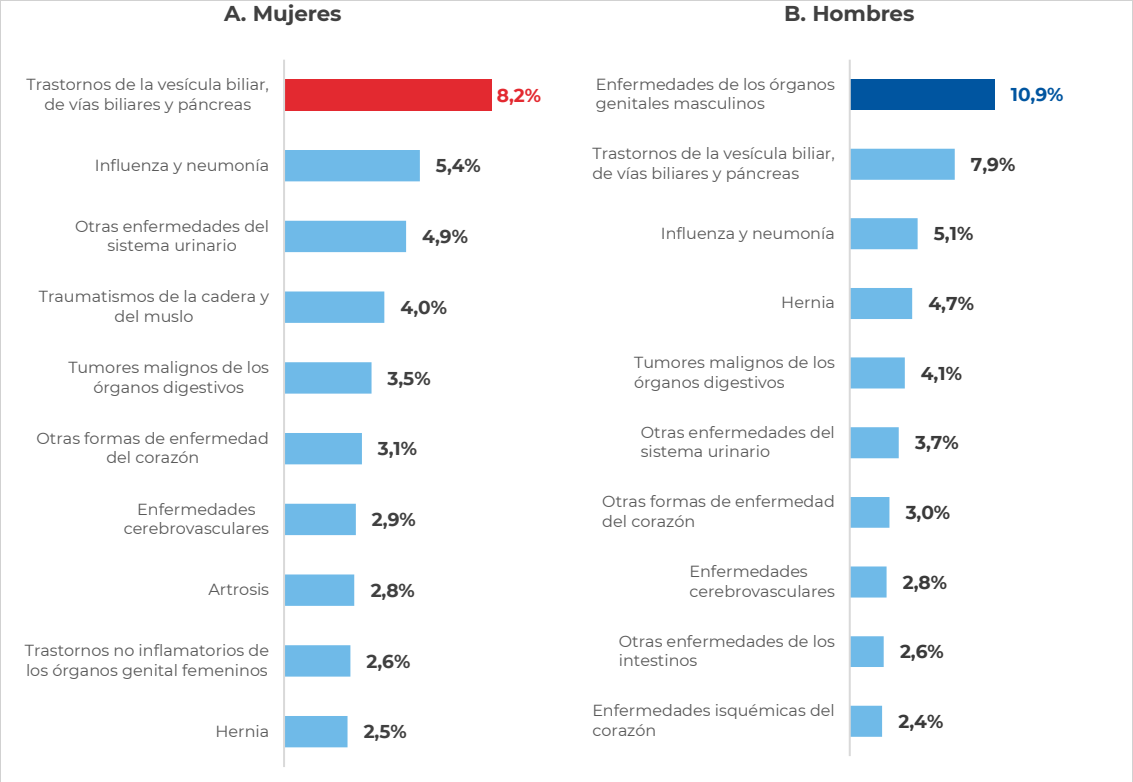
En hombres, la causa más frecuente son las enfermedades de los órganos genitales masculinos —10,9%—, seguida por trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas —7,9%— e influenza y neumonía —5,1%—. Se observan además causas quirúrgicas y crónicas como hernia —4,7%—, tumores malignos digestivos —4,1%—, otras enfermedades del sistema urinario —3,7%— y enfermedades cerebrovasculares —2,8%—, junto con enfermedades isquémicas del corazón —2,4%—. La combinación de causas urológicas/genitales, respiratorias y cardiovasculares refuerza la importancia de la detección temprana, el seguimiento continuo y la articulación entre atención primaria y hospitalaria (INEC, 2024c).

La presencia recurrente de influenza y neumonía en ambos sexos subraya la necesidad de fortalecer la prevención —vacunación, control de comorbilidades, acceso oportuno a atención— para evitar hospitalizaciones evitables y proteger el derecho a la salud. Segundo, la importancia de causas como traumatismos de cadera y muslo y condiciones osteomusculares en mujeres indica que la hospitalización no solo refleja enfermedad, sino también riesgos del entorno y de la movilidad, por lo que son prioritarias medidas de prevención de caídas, adecuación de vivienda y espacio público.

[9] Véase el Anexo 3 para el detalle completo de causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor en el DMQ a 2024,

Ilustración 28

Diez principales causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión- y sexo, en el DMQ, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024c). La ilustración presenta las diez principales causas de egreso hospitalario de la población adulta mayor en el DMQ, separadas por sexo. En cada panel -mujeres y hombres-, el porcentaje indica la participación de cada causa respecto del total de egresos hospitalarios de la PAM del mismo sexo.

La Ilustración 29 muestra que el perfil de egresos hospitalarios de la PAM en el DMQ cambia de manera clara a medida que avanza la edad, lo que sugiere necesidades diferenciadas de prevención, atención y cuidados. En el grupo de 65 a 74 años, predominan causas asociadas a condiciones crónicas y potencialmente quirúrgicas, encabezadas por trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas —9,3%— y enfermedades de los órganos genitales masculinos —6,7%—, seguidas por tumores malignos de órganos digestivos —4,3%—, hernia —4,1%— y otras enfermedades del sistema urinario —3,4%—. Este patrón sugiere un perfil donde la hospitalización está más vinculada a diagnósticos que requieren resolución clínica y quirúrgica, así como a detección y tratamiento de enfermedades no transmisibles (INEC, 2024c).

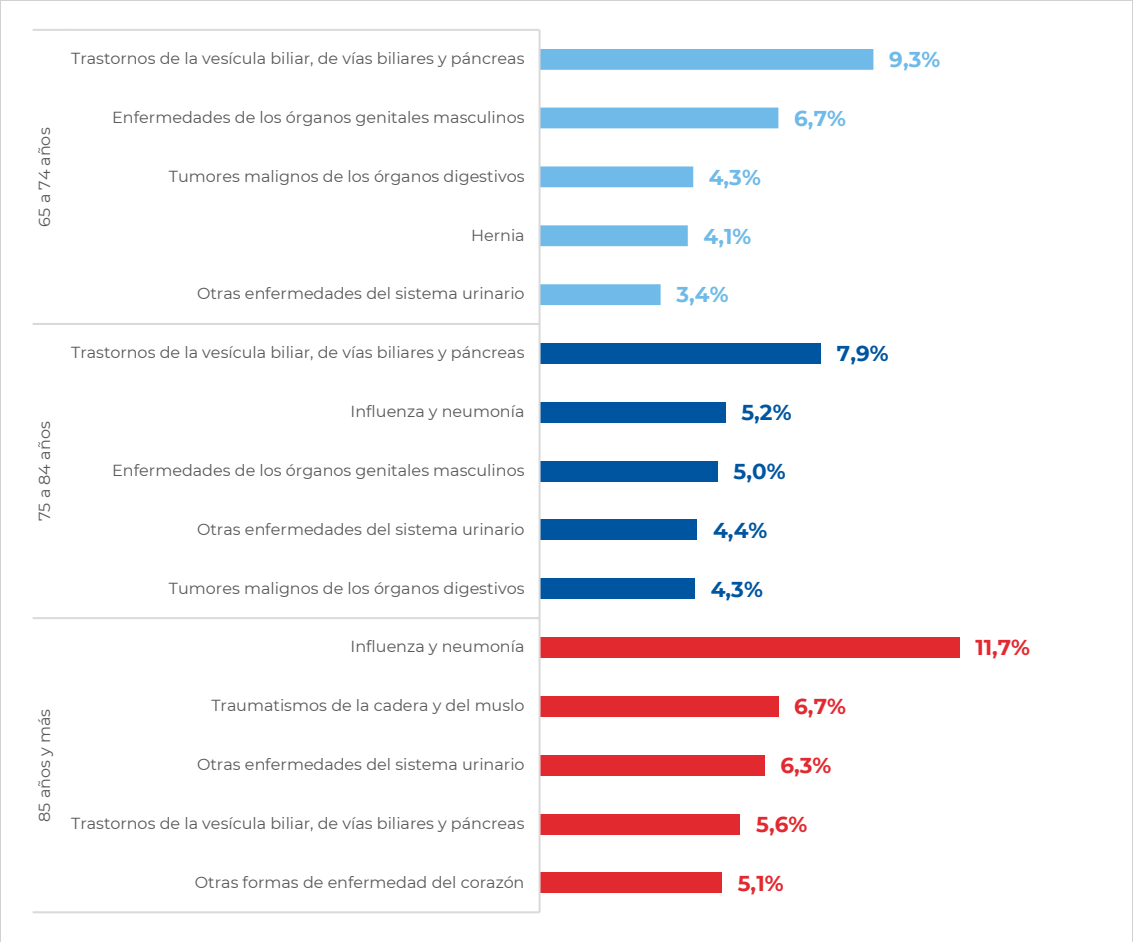
En 75 a 84 años, se mantiene como primera causa los trastornos biliares/páncreas —7,9%—, pero aparecen con mayor peso causas prevenibles y asociadas a fragilidad: influenza y neumonía —5,2%— se ubica en segundo lugar, junto con enfermedades de los órganos genitales masculinos —5,0%—, otras enfermedades del sistema urinario —4,4%— y tumores malignos digestivos —4,3%—. En este tramo se observa una transición hacia un patrón más mixto, donde conviven crónicas con eventos infecciosos respiratorios, reforzando la importancia de continuidad de cuidados, control de comorbilidades y prevención (INEC, 2024c).

El cambio más marcado se observa en 85 años y más, donde la principal causa pasa a ser influenza y neumonía —11,7%—, con una magnitud muy superior a la de los otros grupos, seguida por traumatismos de cadera y muslo —6,7%— y otras enfermedades

del sistema urinario —6,3%—. Luego aparecen trastornos biliares/páncreas —5,6%— y otras formas de enfermedad del corazón —5,1%— Este perfil refleja con mayor fuerza la interacción entre salud y entorno: en edades muy avanzadas aumentan los eventos agudos —respiratorios—, los riesgos de caídas y las complicaciones asociadas a fragilidad y multimorbilidad, que suelen desencadenar pérdida de autonomía y necesidad de apoyos prolongados (INEC, 2024c).

Ilustración 29

Cinco principales causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión- y grupos de edad avanzada, en el DMQ, 2024



Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024c). La ilustración presenta las cinco principales causas de egreso hospitalario de la población adulta mayor en el DMQ, desagregadas por grupos de edad avanzada. En cada bloque -65 a 74 años, 75 a 84 años y 85 años y más-, el porcentaje corresponde a la prevalencia de cada causa respecto del total de egresos hospitalarios de la PAM del mismo grupo de edad.

8.3. Bienestar y salud mental

En 2024, los egresos hospitalarios de la PAM en el DMQ vinculados a trastornos mentales y del comportamiento se concentran de manera marcada en diagnósticos asociados a deterioro neurocognitivo. Del total registrado en la tabla —384 egresos—, los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos suman 217 casos — 56,5%—, lo que sugiere que la principal demanda hospitalaria en este ámbito está relacionada con condiciones que comprometen memoria, orientación y funcionamiento cotidiano.

En un segundo nivel aparecen los trastornos del humor —afectivos— con 69 egresos — 18,0%— y los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos con

39 casos —10,2%—. Los trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes alcanzan 31 casos —8,1%—, mientras que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas registran 17 casos —4,4%—; el resto de los grupos aparece de forma mínima —personalidad/comportamiento en adultos 6; síndromes asociados a alteraciones fisiológicas 4; trastornos del desarrollo psicológico 1—.

Tabla 4

Cantidad de egresos hospitalarios relacionadas con trastornos mentales y de comportamiento de la PAM, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 -10.ª revisión-, en el DMQ, 2024

Trastornos mentales orgánicos, incluidos trastornos sintomáticos	
Abarca trastornos mentales causados por enfermedades, lesiones o disfunciones del cerebro. Su origen es orgánico y puede deberse a daño cerebral directo o a enfermedades sistémicas que afectan al cerebro. Incluye la demencia, caracterizada por un deterioro progresivo de funciones cognitivas (memoria, juicio, lenguaje, orientación, entre otras), sin alteración de la conciencia, y suele ir acompañada de cambios emocionales y conductuales.	**217**
Trastornos del humor [afectivos]	
Este grupo abarca los trastornos del humor o afectivos, caracterizados por alteraciones intensas y prolongadas del estado de ánimo, que pueden manifestarse como depresión o euforia. Estos cambios suelen acompañarse de variaciones en la energía, la actividad y el comportamiento, y los demás síntomas derivan de estas alteraciones. Son trastornos que tienden a repetirse y, con frecuencia, se desencadenan por situaciones de estrés.	**69**
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	
Este grupo incluye los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, caracterizados principalmente por ansiedad, miedo, tensión emocional o síntomas físicos sin causa médica identificable. Comprende trastornos como las fobias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo—compulsivo, el estrés postraumático y los trastornos somatomorfos, donde las personas experimentan síntomas corporales reales vinculados a causas psicológicas más que orgánicas.	**39**
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	
Este grupo incluye la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes, junto con otras formas de psicosis agudas o transitorias. Su característica común es la presencia de distorsiones del pensamiento, las percepciones y las emociones, así como una pérdida de contacto con la realidad.	**31**
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	
Este grupo comprende trastornos mentales y del comportamiento originados por el consumo de sustancias psicoactivas, ya sean médicas o ilícitas. Incluye cuadros de distinta gravedad, como intoxicación, uso perjudicial, dependencia y otras alteraciones psicológicas o conductuales. El diagnóstico se basa en múltiples evidencias (autorreporte, análisis, síntomas y observación clínica) y se clasifica según la sustancia principal implicada.	**17**
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	
Este grupo reúne los trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, caracterizados por patrones de conducta y formas de pensar rígidas, persistentes y profundamente arraigadas, que se desvían notablemente de las normas culturales y dificultan la adaptación social. Estos rasgos suelen originarse en la infancia o adolescencia y mantenerse a lo largo de la vida. Incluye los trastornos específicos de la personalidad (como el paranoide, esquizoide o antisocial), los trastornos mixtos de la personalidad y los cambios duraderos de la personalidad tras experiencias extremas o enfermedades.	**6**
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	
Este grupo abarca trastornos del comportamiento vinculados a procesos fisiológicos o factores físicos, en los que las alteraciones corporales afectan la conducta o las emociones. Incluye los trastornos de la alimentación (como la anorexia y la bulimia nerviosa), los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales no orgánicas, y otros cuadros relacionados con el puerperio o el uso de hormonas.	**4**
Trastornos del desarrollo psicológico	
Este grupo comprende los trastornos del desarrollo psicológico, que se manifiestan desde la infancia o niñez y se caracterizan por retrasos o alteraciones en funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, como el lenguaje, la coordinación motriz y las habilidades perceptivas o sociales. Incluye también los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo infantil, que afectan la comunicación, la interacción social y el comportamiento.	**1**

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024c).

Conclusiones

El DMQ se encuentra en una etapa de envejecimiento poblacional acelerado y ya visible en su estructura por edades. Entre 1990 y 2022, la población de 65 años y más incrementó de forma sostenida y su peso relativo dentro del total poblacional casi se duplicó, mientras que las proyecciones disponibles anticipan que esta tendencia continuará en la próxima década. Este proceso implica un cambio estructural con efectos directos sobre la demanda de servicios, la planificación territorial y la organización social del cuidado, en un contexto donde el envejecimiento no se distribuye de manera homogénea entre zonas y parroquias del DMQ.

La caracterización interna de la población adulta mayor muestra, además, que la vejez en el DMQ es heterogénea por edad avanzada, sexo e identidad. La mayor proporción se concentra entre los 65 y 79 años, pero el componente de edades muy avanzadas, aunque menor, es el que tiende a asociarse con mayores requerimientos de apoyo y cuidados. En paralelo, la evidencia confirma la feminización del envejecimiento, con una brecha que se amplía a medida que aumenta la edad, y registra también la presencia de población adulta mayor LGBT+, lo que refuerza la necesidad de evitar enfoques homogéneos y de incorporar un lente de igualdad y no discriminación en la lectura de resultados y en el diseño de respuestas.

En el plano de redes de apoyo y condiciones de vida, el documento evidencia que la vejez suele transitarse en convivencia familiar, pero con señales claras de vulnerabilidad creciente en la vejez avanzada. En términos conyugales, predominan las personas casadas y viudas, con patrones diferenciados por sexo; y, a nivel de hogar, destaca la proporción de hogares unipersonales, que aumenta en edades más longevas, lo que sugiere riesgos de aislamiento y mayores necesidades de acompañamiento. En vivienda, si bien predomina la propiedad, existe un segmento relevante en arriendo/anticresis o en vivienda prestada, donde la seguridad de tenencia y la posibilidad de adecuaciones para accesibilidad pueden convertirse en factores de fragilidad.

Las brechas acumuladas a lo largo del ciclo de vida se reflejan con fuerza en educación y autonomía económica. El analfabetismo, aunque relativamente bajo en el total de la población adulta mayor, aumenta de manera marcada en edades avanzadas, mostrando un claro efecto generacional. En lo económico, la mayoría de las personas adultas mayores se ubica fuera del mercado laboral, pero se mantiene un segmento relevante que continúa trabajando o buscando empleo, y la inserción laboral “adecuada” se sostiene en niveles moderados, lo que indica que trabajar en la vejez no siempre equivale a hacerlo en condiciones adecuadas. Entre quienes están inactivos, la jubilación concentra la mayor parte, pero también aparece con peso importante la categoría de “ama de casa”, evidenciando desigualdades de género asociadas al trabajo no remunerado y a trayectorias con menor acceso a protección contributiva.

En salud y bienestar, la evidencia apunta a una carga relevante de limitaciones funcionales, especialmente en movilidad y capacidades sensoriales, junto con un incremento de dificultades más severas conforme avanza la edad. El perfil de egresos hospitalarios combina causas crónicas y agudas, con diferencias por sexo y un aumento de condiciones asociadas a fragilidad en edades más avanzadas. En salud mental, los egresos hospitalarios se concentran principalmente en diagnósticos vinculados a deterioro neurocognitivo, seguidos por trastornos del estado de ánimo y

relacionados con el estrés, lo que sugiere necesidades de fortalecimiento de la prevención, detección temprana y continuidad de cuidados, tanto en servicios sanitarios como en apoyos comunitarios.

En conjunto, los hallazgos consolidan una implicación central para la acción pública en el DMQ: el envejecimiento requiere respuestas territorialmente diferenciadas y un enfoque que articule salud, protección social, vivienda, accesibilidad y cuidados, con prioridad en la vejez avanzada. Esto demanda fortalecer redes de apoyo formales e informales y reconocer que las brechas no son neutras, ya que se expresan de forma distinta por sexo y también dentro de la diversidad sexo-genérica, lo que vuelve clave asegurar intervenciones libres de discriminación y con pertinencia para distintas trayectorias de vida.

Referencias

Acuña, G. (2014). Envejecimiento y urbanización: ciudades solidarias y derechos de las personas mayores. En CEPAL (Ed.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (págs. 275-284). Santiago. Obtenido de https://hdl.handle.net/11362/39582

Banco Mundial. (s.f.). *Tasa de fecundidad, total (nacimientos por mujer) – Ecuador (Indicador SP.DYN.TFRT.IN)*. Recuperado el 09 de febrero de 2026, de https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=EC

Cecchini, S., Comelatto, P., Holz, R., Kang, S., & Paes, Y. (2025). *Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. (C. E. Caribe, Ed.) Serie Población y Desarrollo (140).

CEPAL. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3)*. Santiago. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores

CEPAL. (2024). Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2024. Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/81020-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2024-perspectivas-poblacionales

CEPAL. (2026). *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*. Obtenido de https://dds.cepal.org/bpsnc/inicio

CGEDI. (2026). *Consulta de datos interactivos*. Obtenido de https://info.desarrollohumano.gob.ec/index.php/sinepidpam

Consejo de Protección de Derehcos del Distrito Metropolitano de Quito. (2021). Ruta de Protección de Derechos de Personas Adultas Mayores en el Distrito Metropolitano de Quito. Obtenido de https://proteccionderechosquito.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/ruta-personas-personas-adultas-mayores.pdf

Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). Registro Oficial 449.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Obtenido de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (2002). Obtenido de https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf

Esteve, A., & Zueras, P. (2021). La estructura de los hogares de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.115

EUROSTAT. (s.f.). *Statistics Explained*. Recuperado el 09 de febrero de 2026, de Glossary:Population pyramid.

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

INEC. (2022–2025). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) Trimestral [Bases de datos]*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/enemdu-2025/

INEC. (2024a). Estimaciones y Proyecciones de Población Revisión 2024. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/

INEC. (Diciembre de 2024b). Midiendo diversidad sexual y de género. Censo Ecuador 2022. Obtenido de https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/12/nota_metodologica_medicion_genero_y_sexual_CPV2022.pdf

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

Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (29 de abril de 2019).

Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos. (2023). Glosario de términos para comprender la diversidad sexual y de género. *Prevención de las Violencias y Fortalecimiento de Capacidades para el Acceso al Empleo a Mujeres y Grupos en situación de Vulnerabilidad*. Obtenido de https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/3422/1/DEPE-DPE-013-2023.pdf

OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Obtenido de https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

OEA. (27 de febrero de 2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores (A-70)*. Obtenido de A-70 Firmas y Ratificaciones.: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp

OECD. (s.f.). *Tasa de fecundidad*. Recuperado el 09 de febrero de 2026

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington, D.C. doi:https://doi.org/10.37774/9789275324455

PAHO. (18 de Noviembre de 2019). 1 in 5 men will not reach the age of 50 in the Americas, due to issues relating to toxic masculinity. Obtenido de https://www.paho.org/en/news/18-11-2019-1-5-men-will-not-reach-age-50-americas-due-issues-relating-toxic-masculinity

Patronato Municipal San José. (2022). *Diagnóstico Situacional de Personas Habitantes de Calle*. Obtenido de https://patronato.quito.gob.ec/wp-content/uploads/2025/04/Habitantes-de-Calle_WEB.pdf

Presidencia de la República del Ecuador. (28 de enero de 2019). Ratifíquese en todas sus partes el contenido de la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores". *Registro Oficial, Suplemento No. 426*.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. (16 de diciembre de 1991). Obtenido de https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html

Secretaría de Inclusión Social. (2026). *¿Qué son son las Juntas Metropolitanas de Protección de Derechos?* Obtenido de https://inclusionsocial.quito.gob.ec/?page_id=200&utm_source=chatgpt.com

Stampini, M., Llena-Nozal, A., Soto Iguarán, C., Atranco, N., Benedetti, F., Fabiani, B., . . . Rauet Tajeda, J. (2025). *¿Quién cuida? Cómo apoyar y asegurar el reconocimiento de quienes cuidan a personas mayores en América Latina y el Caribe*. doi:http://dx.doi.org/10.18235/0013724

UNDESA. (2020). *World Population Ageing 2019*. Obtenido de https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210045544

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2023). *World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*. Obtenido de https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2024_wpa2023-report.pdf

Cuadro de responsabilidad

Acción	Responsable	Fecha	Sigla unidad	Firma
Elaborado por:	Ricardo Torres Ortiz	23/02/2026	GC	Firmado electrónicamente por: RICARDO XAVIER TORRES ORTIZ Validar únicamente con FirmaEC
Revisado por:	Tatiana Montalvo N.	23/02/2026	OPP	Firmado electrónicamente por: TATIANA DE LAS MERCEDES MONTALVO NAVARRETE Validar únicamente con FirmaEC
Aprobado por:	Gabriela Insuasti L.	23/02/2026	CT	Firmado electrónicamente por: GABRIELA JACQUELINE INSUASTI LOPEZ Validar únicamente con FirmaEC

Anexos

Anexo 1

Tabla 5

Evolución censal de la PAM en el Ecuador y su porcentaje relativo en la población total, 1990–2022.

Año censal	PAM	Porcentaje (%)
1990	418.183	4,3%
2001	813.624	6,7%
2010	940.905	6,5%
2022	1'520.590	9,0%

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Censo de Población y Vivienda 1990, 2001, 2010 y 2022 (INEC, 2010; INEC, 2022).

Anexo 2

Tabla 6

Población adulta mayor —PAM—, porcentaje de PAM e índices de envejecimiento por parroquia del DMQ, 1990–2022

Parroquia del DMQ	PAM	Porcentaje de PAM	Índice de vejez	Relación de dependencia
Alangasí	3.819	11,0%	55	17
Amaguaña	3.546	8,2%	36	12
Atahualpa	292	20,2%	106	34
Belisario Quevedo	6.197	12,3%	71	18
Calacalí	557	11,2%	51	17
Calderón	17.578	7,0%	31	11
Carcelén	7.230	10,8%	55	16
Centro Histórico	3.459	11,7%	57	18
Chavezpamba	132	22,8%	126	39
Checa	958	8,3%	35	13
Chilibulo	4.703	10,2%	48	15
Chillogallo	5.417	7,9%	34	12
Chimbacalle	4.707	13,7%	77	21
Cochapamba	5.532	8,6%	40	13
Comité del Pueblo	4.499	8,4%	39	13
Conocoto	13.319	10,4%	53	15
Cotocollao	4.344	15,2%	93	23
Cumbayá	5.560	13,3%	77	20
El Condado	8.051	6,9%	29	11
El Quinche	1.447	7,8%	33	12
Gualea	279	16,4%	72	28
Guamaní	5.499	5,5%	21	9

Parroquia del DMQ	PAM	Porcentaje de PAM	Índice de vejez	Relación de dependencia
Guangopolo	313	7,2%	31	11
Guayllabamba	1.881	9,1%	40	14
Iñaquito	9.694	17,3%	149	25
Itchimbia	4.645	14,2%	95	21
Jipijapa	5.568	14,9%	102	22
Kennedy	10.103	16,0%	108	24
La Argelia	4.740	7,7%	32	12
La Concepción	5.750	19,0%	138	29
La Ecuatoriana	5.367	7,2%	30	11
La Ferroviaria	5.959	9,6%	43	15
La Libertad	2.359	10,2%	44	16
La Magdalena	3.781	14,0%	83	21
La Mena	4.416	9,3%	43	14
La Merced	1.023	8,9%	39	14
Llano Chico	975	6,5%	27	10
Lloa	230	11,7%	50	19
Mariscal Sucre	2.392	15,9%	143	22
Nanegal	457	15,4%	67	26
Nanegalito	334	12,0%	52	19
Nayón	2.563	11,6%	59	17
Nono	305	10,4%	43	16
Pacto	545	14,0%	57	23
Perucho	177	25,1%	148	44
Pifo	1.567	6,8%	27	11
Píntag	1.971	8,5%	34	13
Pomasqui	4.015	10,9%	53	16
Ponceano	6.884	12,6%	73	19
Puéllaro	818	15,9%	75	26
Puembo	1.581	8,9%	40	14
Puengasí	6.718	9,8%	48	14
Quitumbe	6.369	5,8%	25	9
Rumipamba	6.230	19,1%	145	29
San Antonio	4.250	8,5%	37	13
San Bartolo	7.195	12,3%	66	18
San Isidro del Inca	4.157	8,4%	40	12

Parroquia del DMQ	PAM	Porcentaje de PAM	Índice de vejez	Relación de dependencia
San José de Minas	982	17,6%	79	30
San Juan	5.448	11,4%	57	17
Solanda	8.419	11,6%	57	18
Tababela	407	10,6%	50	16
Tumbaco	7.133	9,0%	41	14
Turubamba	4.655	5,0%	20	8
Yaruquí	1.996	7,5%	31	12
Zámbiza	533	8,7%	39	13

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

Anexo 3

Tabla 7

Causas de egresos hospitalarios de la población adulta mayor, según la lista especial de 221 grupos de la CIE—10 (10.ª revisión), en el DMQ, 2024

Causa	Total
Trastornos de la vesícula biliar, de vías biliares y páncreas (K80—K87)	3583
Influenza [gripe] y neumonía (J09—J18)	2332
Enfermedades de los órganos genitales masculinos (N40—N51)	2272
Otras enfermedades del sistema urinario(N30—N39)	1910
Tumores malignos de los órganos digestivos (C15—C26)	1678
Hernia (K40—K46)	1572
Otras formas de enfermedad del corazón (I30—I52)	1349
Enfermedades cerebrovasculares (I60—I69)	1247
Traumatismos de la cadera y del muslo (S70—S79)	1242
Otras enfermedades de los intestinos (K55—K63)	1113
Artrosis (M15—M19)	979
Diabetes mellitus (E10—E14)	846
Insuficiencia renal (N17—N19)	792
Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido (D37—D48)	777
Otras enfermedades del sistema digestivo(K90—K93)	772
Enfermedades isquémicas del corazón (I20—I25)	741
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores (J40—J47)	698
Enfermedades infecciosas intestinales (A00—A09)	691
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud (Z40—Z54)	659
Trastornos metabólicos (E70—E90)	636
Traumatismos del antebrazo y del codo (S50—S59)	631

Causa	Total
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines (C81—C96)	621
Trastornos no inflamatorios de los órganos genital femeninos (N80—N98)	620
Enfermedades hipertensivas (I10—I15)	607
Traumatismos de la cabeza (S00—S09)	557
Otras enfermedades del sistema respiratorio (J95—J99)	497
Enfermedades del apéndice (K35—K38)	473
Traumatismos de la rodilla y la pierna (S80—S89)	465
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte (T80—T88)	456
Litiasis urinaria (N20—N23)	449
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (L00—L08)	441
Enfermedades del hígado (K70—K77)	431
Tumor maligno de los órganos genital masculinos (C60—C63)	411
Tumores [neoplasias] benignos (D10—D36)	392
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte (I80—I89)	382
Otras enfermedades bacterianas (A30—A49)	378
Otras dorsopatías (M50—M54)	341
Traumatismos del hombro y del brazo (S40—S49)	335
Tumor maligno de la mama (C50)	330
COVID 19 virus identificado y no identificado	304
Trastornos episódicos y paroxísticos (G40—G47)	289
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio (J80—J84)	282
Otros trastornos de los tejidos blandos(M70—M79)	280
Enfermedades de las arterias, las arteriolas y de los vasos capilares (I70—I79)	260
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20—K31)	258
Melanoma y otros tumores malignos de la piel (C43—C44)	257
Otras enfermedades de la pleura (J90—J94)	250
Tumor malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (C30—C39)	245
Tumor maligno de los órganos genitales femeninos (C51—C58)	236
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen(R10—R19)	232
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (I26—I28)	229
Tumor maligno de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas (C73—C75)	223
Síntomas y signos generales (R50—R69)	221
Trastornos mentales orgánicos, incluidos trastornos sintomáticos (F00—F09)	217
Tumores malignos de las vías urinarias (C64—C68)	207

Causa	Total
Enfermedad renal tubulointersticial (N10—N16)	205
Traumatismos del tórax (S20—S29)	203
Otros trastornos articulares (M20—M25)	181
Tumor [neoplasias] malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados (C76—C80)	176
Traumatismo del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis (S30—S39)	165
Trastornos de la glándula tiroides (E00—E07)	160
Traumatismos de la muñeca y de la mano (S60—S69)	153
Otros trastornos del sistema nervioso (G90—G99)	146
Anemias aplásticas y otras anemias (D60—D64)	135
Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (L80—L99)	119
Anemias nutricionales (D50—D53)	109
Síntomas y signos que involucran el sistema urinario (R30—R39)	109
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (J30—J39)	96
Tumor maligno labio, de cavidad bucal y de faringe (C00—C14)	90
Tumor maligno de tejidos mesoteliales y de tejidos blandos (C45—C49)	89
Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos (J60—J70)	87
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20—J22)	87
Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas (B00—B09)	85
Traumatismos del tobillo y del pie (S90—S99)	83
Enfermedades del peritoneo (K65—K67)	81
Trastornos del cristalino (H25—H28)	80
Tumores [neoplasias] in situ (D00—D09)	79
Traumatismo que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00—T07)	78
Trastornos de otras glándulas endocrinas (E20—E35)	78
Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas (D65—D69)	77
Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y respiratorios (R00—R09)	73
Trastornos extrapiramidales y del movimiento (G20—G26)	72
Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso (G30—G32)	71
Trastornos del humor [afectivos] (F30—F39)	69
Poliartropías inflamatorias (M05—M14)	69
Trastornos del párpado, aparato lagrimal y órbita (H00—H06)	68
Enfermedades glomerulares (N00—N08)	67
Enfermedades del oído interno (H80—H83)	66
Espondilopatias (M45—M49)	66

Causa	Total
Tumor maligno del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (C69—C72)	64
Trastornos de los nervios, de las raíces y de plexos nerviosos (G50—G59)	64
Trastornos de los tendones y de la sinovia (M65—M68)	64
Otras osteopatías (M86—M90)	62
Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D70—D77)	54
Tuberculosis (A15—A19)	52
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00—J06)	50
Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico (G60—G64)	49
Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de maxilares (K00—K14)	48
Hallazgos anormales en diagnósticos por imágenes y estudios funcionales sin diagnóstico (R90—R94)	46
Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales (T15—T19)	43
Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M95—M99)	42
Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo (M30—M36)	42
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40—F48)	39
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (G00—G09)	38
Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud (Z80–Z99)	37
Síntomas y signos que involucran piel y el tejido subcutáneo (R20—R23)	37
Traumatismo de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo(T08—T14)	37
Trastornos de la densidad y de la estructura óseas (M80—M85)	37
Trastornos de la esclerótica, córnea, iris y cuerpo ciliar (H15—H22)	36
Enteritis y colitis no infecciosas (K50—K52)	34
Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central (G35—G37)	34
Otros trastornos de la regulación de la glucosa y de la secreción interna del páncreas (E15—E16)	33
Otros trastornos del riñón y del uréter(N25—N29)	33
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (E65—E68)	32
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20—F29)	31
Dorsopatías deformantes (M40—M43)	30
Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo (Q38—Q45)	28
Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo y las no especificadas (T29—T32)	28
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (I05—I09)	27
Trastornos de la coroides y de la retina (H30—H36)	26
Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular (G70—G73)	25
Trastornos de la conjuntiva (H10—H13)	24

Causa	Total
Otros efectos y los no especificados de causas externa (T66—T78)	24
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B20—B24)	22
Secuelas de traumatismo, de envenenamientos y otras consecuencias de causa externa (T90—T98)	21
Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta (R40–R46)	21
Trastorno mental no especificado (F99)	19
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20—Q28)	19
Trastornos de la mama (N60—N64)	19
Malformaciones congénitas y del sistema urinario (Q60—Q64)	19
Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (N70—N77)	18
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (T36—T50)	17
Tumor maligno de huesos y de los cartílagos articulares (C40—C41)	17
Afecciones supurativas y necróticas de vías respiratorias inferiores (J85—J86)	17
Otros trastornos del sistema genitourinario (N99)	17
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10—F19)	17
Otros trastornos y los no específicos del sistema circulatorio (I95—I99)	16
Micosis (B35—B49)	16
Artropatías infecciosas (M00—M03)	16
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular (Q65—Q79)	16
Traumatismos del cuello (S10—S19)	16
Urticaria y eritema (L50—L54)	16
Desnutrición (E40—E46)	14
Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágica (A92—A99)	14
Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción (H49—H52)	13
Otras enfermedades virales (B25—B34)	12
Enfermedades del oído medio y de la mastoides (H65—H75)	12
Trastornos de los músculos (M60—M63)	11
Dermatitis y eczema (L20—L30)	11
Trastornos flictenulares (L10—L14)	11
Anemias hemolíticas (D55—D59)	11
Trastornos de las faneras (L60—L75)	11
Infecciones virales del sistema nervioso central (A80—A89)	11
Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio (T20—T25)	11
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo relacionado con radiación (L55—L59)	11
Atrofias sistémicas que afectan principalmente el sistema nervioso central (G10—G13)	11

Causa	Total
Hallazgos anormales en el examen de sangre, sin diagnósticos (R70—R79)	9
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80—G83)	9
Trastornos del cuerpo vítreo y del globo ocular (H43—H45)	9
Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción (Z30—Z39)	9
Otros trastornos del oído (H90—H95)	8
Trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas (H46—H48)	8
Infecciones con modo de transmisión predominante sexual (A50—A64)	7
Helmintiasis (B65—B83)	7
Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias (B90—B94)	7
Malformaciones congénitas del ojo, del oído de cara y cuello (Q10—Q18)	6
Hepatitis viral (B15—B19)	6
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60—F69)	6
Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51—T65)	5
Glaucoma (H40—H42)	5
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50—F59)	4
Alteraciones de la visión y ceguera (H53—H54)	4
Malformaciones congénitas del sistema respiratorio (Q30—Q34)	3
Trastornos papuloescamosos (L40—L45)	3
Malformaciones congénitas de los órganos genitales (Q50—Q56)	3
Algunas complicaciones precoces de traumatismos (T79)	3
Enfermedades del oído externo (H60—H62)	3
Pediculosis, ascariasis y otras infestaciones (B85—B89)	2
Otras deficiencias nutricionales (E50—E64)	2
Ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D80—D89)	2
Otros trastornos del ojo y sus anexos (H55—H59)	2
Retraso mental (F70—F79)	2
Condrogafías (M91—M94)	2
Malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00—Q07)	2
Otras enfermedades debidas a espiroquetas (A65—A69)	1
Trastornos del desarrollo psicológico (F80—F89)	1
Otras malformaciones congénitas (Q80—Q89)	1
Síntomas y signos que involucran el habla y la voz (R47—R49)	1
Ciertas zoonosis bacterianas (A20—A28)	1
Enfermedades debidas a protozoarios (B50—B64)	1
Tumores [neoplasias] malignos [primarios] de sitios múltiples independientes (C97)	1

Causa	Total
Síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular (R25—R29)	1
Fiebre reumática aguda (I00—I02)	1
Quemaduras y corrosiones limitadas al ojo y órganos internos (T26—T28)	1

Nota. Elaboración propia con base en microdatos del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios (INEC, 2024c).