

**PROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROMOCIÓN
PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN INTEGRAL Y
PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD EN ECUADOR”**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución de la República del Ecuador, en su Artículo 3 numeral 1, determina como deber primordial e irrenunciable del Estado garantizar sin discriminación alguna el goce efectivo de los derechos, en especial los vinculados a la salud, la vida digna y la integridad personal. Esta obligación no es meramente declarativa, sino que constituye un mandato vinculante que compromete al Estado a generar políticas públicas, normas y mecanismos institucionales que hagan posible el ejercicio material de tales derechos. En concordancia, el artículo 32 reconoce que la salud es parte inseparable del derecho a una vida digna y ordena al Estado asegurar un acceso oportuno, universal y no discriminatorio a servicios integrales de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación, bajo una perspectiva de integralidad y equidad. Por tanto, la omisión estatal en garantizar un marco jurídico para condiciones de alto impacto en salud pública, como la obesidad mórbida, vulnera de forma directa la supremacía constitucional y compromete el principio de seguridad jurídica.

En virtud del principio de igualdad y no discriminación consagrada en el Artículo 11 número 2 de la Constitución, el Estado ecuatoriano tiene el deber de erradicar toda forma de exclusión sustentada en características corporales, condiciones de salud o diagnósticos médicos. La obesidad mórbida, reconocida internacionalmente como una enfermedad crónica, progresiva y multifactorial, exige un tratamiento prioritario desde un enfoque de derechos humanos, justicia social y salud pública. No se trata únicamente de un fenómeno clínico, sino de una condición que, en ausencia de políticas adecuadas, se convierte en un factor estructural de exclusión que restringe el acceso al trabajo, la educación, la movilidad, la seguridad social y la participación social y política. En este sentido, la obesidad mórbida debe ser reconocida jurídicamente no solo como un problema sanitario, sino como una causa de vulneración sistemática de derechos fundamentales que el Estado tiene la obligación de reparar y prevenir.

A pesar de la evidencia epidemiológica y científica que demuestra el carácter crítico de esta condición, en el Ecuador no existe hasta la fecha una normativa específica que aborde de manera integral la obesidad mórbida. Esta ausencia normativa constituye una forma de negligencia estructural del Estado, que se traduce en la falta de protocolos homogéneos de atención, carteras de servicios inclusivas, disponibilidad de medicamentos modernos, cobertura universal de cirugías bariátricas y políticas de prevención sostenibles. Miles de personas viven cotidianamente con los efectos devastadores de esta enfermedad sin contar con un respaldo legal que garantice su derecho a la salud y a la vida digna. La omisión estatal no solo prolonga la discriminación y el sufrimiento de quienes padecen obesidad mórbida, sino que coloca al país en contradicción con los estándares internacionales de derechos humanos y salud pública, incumpliendo su deber de progresividad y de adopción de medidas inmediatas para hacer efectivos los derechos constitucionales.



En este contexto, resulta indispensable recordar que el Artículo 66 número 1 de la Constitución reconoce expresamente el derecho a una vida digna, lo que impone al Estado el deber de garantizar condiciones materiales adecuadas de existencia. La atención integral de enfermedades crónicas como la obesidad mórbida se inscribe en esa obligación, pues no se trata únicamente de prevenir complicaciones médicas, sino de asegurar que las personas afectadas puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. La ausencia de una política pública integral no solo constituye una vulneración a este mandato, sino que configura una forma de discriminación estructural que profundiza las desigualdades ya existentes en el acceso a la salud, el trabajo y la educación.

De igual manera, la Corte Constitucional del Ecuador ha establecido que la igualdad formal es insuficiente cuando no se traduce en resultados concretos de justicia material. En este sentido, la falta de una normativa específica para la obesidad mórbida incumple la obligación de adoptar medidas diferenciadas a favor de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, como lo son las personas con enfermedades crónicas y discapacitantes. Este vacío normativo contradice el principio de progresividad de los derechos, el cual exige al Estado no solo abstenerse de generar retrocesos, sino avanzar hacia la consolidación de garantías efectivas que eliminen las barreras estructurales que perpetúan la exclusión y la estigmatización de las personas que viven con obesidad mórbida.

Diagnóstico epidemiológico y situación nacional

La obesidad mórbida constituye una de las expresiones más graves de la acumulación excesiva de grasa corporal, que impacta de manera directa en la salud y la funcionalidad de órganos vitales. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido tradicionalmente un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² como criterio diagnóstico de obesidad, la evidencia científica más reciente advierte que este parámetro resulta insuficiente por sí solo, dado que no refleja la afectación orgánica ni las limitaciones funcionales. Bajo esta perspectiva, la obesidad mórbida debe entenderse como un problema sistémico de salud que compromete la vida y la dignidad de las personas y que, por tanto, exige un abordaje normativo y político urgente.

En el Ecuador, las estadísticas oficiales reflejan una situación de alarma sostenida. La Encuesta STEPS 2018 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) revelan que más del 63 % de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad, y que una de cada cuatro personas (25,7 %) padece obesidad, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres (30,9 %) frente a hombres (20,3 %). Estos datos no solo muestran una elevada incidencia, sino que además ponen en evidencia desigualdades de género en el impacto de la enfermedad, lo que refuerza la necesidad de diseñar políticas públicas con enfoque diferenciado.

Particularmente preocupante es la evolución de la obesidad mórbida: el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó que la prevalencia en adultos pasó de 1,4 % en 2012 a 1,8 % en 2018, sin que se haya realizado una actualización posterior. La ausencia de nuevas mediciones oficiales constituye un reflejo de la falta de priorización



institucional en el seguimiento de esta condición, pese a tratarse de una de las patologías más graves y de mayor impacto en la salud pública.

La magnitud del problema se confirma en el sistema de seguridad social. Según el Oficio Nro. IESS-DNPL-2025-0321-O, entre enero de 2022 y abril de 2025 se registraron 361.440 atenciones médicas relacionadas con obesidad y patologías asociadas, de las cuales el 61 % correspondieron a mujeres. Este dato ratifica que la obesidad mórbida tiene un impacto diferenciado por género, lo que agrava la situación de inequidad y requiere medidas específicas de política pública con enfoque de derechos de las mujeres y de grupos prioritarios.

La obesidad mórbida está estrechamente vinculada a comorbilidades de alto costo y letalidad como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, ciertos tipos de cáncer y trastornos de salud mental. Estas condiciones no solo elevan la tasa de mortalidad prematura y disminuyen la expectativa y calidad de vida de la población, sino que generan una carga económica insostenible para el sistema nacional de salud. A ello se suma la exclusión laboral y educativa que enfrentan las personas con obesidad mórbida, lo que perpetúa un círculo de vulnerabilidad que el Estado está constitucionalmente obligado a romper.

Enfoque médico-científico: un cambio de paradigma

La Comisión de *The Lancet Diabetes & Endocrinology (2025)* ha redefinido la obesidad no solo como un exceso de peso, sino como una enfermedad sistémica con manifestaciones funcionales y estructurales en órganos y tejidos. Esta nueva clasificación distingue entre obesidad preclínica (riesgo sin manifestación funcional) y *obesidad clínica* (con evidencia de disfunción orgánica o limitaciones en actividades de la vida diaria).

Este nuevo marco ha sido respaldado por 58 expertos internacionales y más de 76 organizaciones científicas, proponiendo criterios clínicos objetivos para el diagnóstico, superando la visión reduccionista basada únicamente en el IMC (Índice de Masa Corporal.). Además, los consensos IFSO *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (2024)* y ASMBS *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) (2022)* promueven un enfoque integral de tratamiento que incluye cirugía bariátrica, intervención nutricional, apoyo psicológico y uso de medicamentos como liraglutida, semaglutida y tirzepatida, altamente eficaces para pacientes con obesidad mórbida.

En Ecuador, estos tratamientos no están disponibles de forma universal ni cubiertos por el sistema público. El Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) no incluye estos fármacos, según consta en los informes de CONAMEI. Asimismo, solo algunos hospitales de tercer nivel realizan cirugía bariátrica, sin garantizar acceso equitativo ni continuidad del tratamiento.



Situación legal y vacíos normativos

A nivel normativo, Ecuador no cuenta con una legislación específica para prevenir, tratar y proteger integralmente a las personas con obesidad mórbida. Tampoco existen protocolos clínicos homologados, carteras de servicios obligatorias o estándares mínimos de infraestructura, personal o medicamentos. Esta ausencia revela un vacío estructural en el sistema jurídico y sanitario, que incumple el mandato constitucional de garantizar la efectividad de los derechos de salud y vida digna, y que contradice los compromisos internacionales asumidos por el Estado ecuatoriano ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos multilaterales. La inexistencia de un marco normativo específico coloca a las personas con obesidad mórbida en una situación de vulnerabilidad estructural, donde el acceso a tratamientos depende de la discrecionalidad institucional o de la capacidad económica individual, en abierta contradicción con los principios de igualdad, no discriminación y progresividad de los derechos.

El Ministerio de Salud Pública no ha emitido lineamientos técnicos específicos sobre obesidad mórbida, como consta en el Oficio Nro. CONASA-DE-2025-0207-OF del Consejo Nacional de Salud, lo que implica que no existen guías clínicas oficiales ni protocolos de atención que permitan garantizar un abordaje homogéneo, integral y basado en evidencia científica. Esta omisión genera inequidad en la atención, pues mientras algunos hospitales de tercer nivel han desarrollado protocolos propios, la mayoría de unidades de salud carece de criterios claros para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con obesidad mórbida. El vacío normativo también impide la evaluación y el control de calidad en los servicios, comprometiendo la seguridad de los pacientes.

La ARCSA (Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria), por su parte, ha reportado, mediante Oficio Nro. ARCSA-ARCSA-2025-0179-O, que entre 2019 y 2025 se han identificado 1692 incumplimientos a las normas de etiquetado nutricional y 392 casos de publicidad engañosa, de los cuales solo 350 han sido sancionados. Estas cifras muestran que el régimen sancionatorio actual carece de eficacia real y que no existen mecanismos normativos suficientemente disuasivos para frenar la comercialización y promoción de productos nocivos para la salud. La ausencia de etiquetado frontal de advertencia, como el adoptado en países como Chile, México y Perú, refleja un rezago normativo que limita la capacidad del consumidor para tomar decisiones informadas, debilitando el derecho a la salud y a la información veraz.

En materia laboral, el Ministerio del Trabajo reconoce, en el Informe Técnico Nro. MDT-DSMSP-PADALVM-2025-215, que no existen mecanismos específicos de protección contra la discriminación por obesidad. Las normas vigentes, como el Acuerdo Ministerial MDT-2017-0082 y el protocolo contra la violencia laboral del 2020, no abordan la exclusión basada en corporalidad, lo que deja a las personas con obesidad mórbida desprovistas de herramientas legales frente a prácticas discriminatorias en procesos de selección, contratación, ascenso o permanencia en el empleo. Esta omisión normativa contraviene de manera directa el principio constitucional de igualdad material y la obligación del Estado de adoptar medidas positivas para erradicar la discriminación estructural.

La obesidad mórbida tampoco está considerada como una condición prioritaria en el ámbito educativo. Según el Oficio Nro. MINEDUC-MINEDUC-2025-00741-OF, si bien se han capacitado 4.023 docentes en temas de alimentación saludable, no existe un protocolo para atender esta condición en estudiantes ni se contempla su inclusión dentro del sistema de apoyos psicosociales escolares. Esta carencia se traduce en la invisibilización de niñas, niños y adolescentes con obesidad mórbida, quienes enfrentan barreras para su inclusión, un mayor riesgo de acoso escolar y la falta de acompañamiento pedagógico y psicosocial especializado. Ello perpetúa un círculo de exclusión que afecta no solo al derecho a la educación, sino al desarrollo integral de la niñez y adolescencia, en contravención a los principios del interés superior del niño y la protección prioritaria establecidos en la Constitución y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En síntesis, los vacíos legales y normativos en los ámbitos de salud, trabajo, educación y regulación alimentaria evidencian una omisión estatal sistemática que profundiza la exclusión y vulnerabilidad de las personas con obesidad mórbida. La ausencia de un marco normativo específico no solo genera inequidades en el acceso a tratamientos y servicios, sino que perpetúa un entorno discriminatorio y desfavorable que limita el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Esta situación justifica y exige de manera impostergable la expedición de una Ley Orgánica para la Promoción, Prevención, Diagnóstico, Atención Integral y Protección de los Derechos de las Personas que viven con obesidad en Ecuador, que llene los vacíos existentes, articule las competencias institucionales y asegure un enfoque integral, inclusivo y de justicia social.

Discriminación estructural y necesidad de reparación

La discriminación basada en corporalidad —conocida como gordofobia— constituye una forma de violencia estructural. Impide el acceso a derechos, normaliza el maltrato institucional y refuerza estereotipos que niegan la diversidad corporal. Esta forma de discriminación no está reconocida en la legislación ecuatoriana, lo que agrava la vulnerabilidad de las personas con obesidad mórbida.

La Defensoría del Pueblo, en su Oficio Nro. DPE-DPE-2025-0261-O, confirma que no se han recibido denuncias por discriminación por obesidad, lo que refleja no la inexistencia del problema, sino el temor de las víctimas a la estigmatización. Esto refuerza la urgencia de una legislación específica que reconozca esta forma de exclusión y establezca medidas preventivas, de protección y reparación.

Derecho comparado y estándares internacionales

Países como México, Chile y Paraguay han adoptado marcos normativos específicos para prevenir y tratar la obesidad:

- **Paraguay (Ley N.º 4959/2013):** Reconoce la obesidad como enfermedad crónica y establece obligaciones claras para el Ministerio de Salud, incluyendo cirugía, tratamiento farmacológico, seguimiento psicológico y campañas educativas.

- **México (NOM-008-SSA3-2017):** Obliga a todos los establecimientos de salud a garantizar atención multidisciplinaria para personas con obesidad mórbida, incluyendo protocolos clínicos y lineamientos para servicios de medicina, nutrición, cirugía, endocrinología y psiquiatría.
- **Chile (Ley N.º 20.606):** Regula el etiquetado, la publicidad de alimentos y la educación nutricional como pilares preventivos.
- **Argentina (Ley 26.396):** Declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, incluyendo la obesidad.
- **Puerto Rico (La Ley Núm. 212 de 2008):** establece como mandatorio que todos los contratos de seguros de salud incluyan la cubierta de servicios clínicos para el tratamiento de la obesidad mórbida y el síndrome metabólico mediante cirugía bariátrica.
- **Colombia: (Sentencia T-432 de 2023)** Reafirma que: La obesidad mórbida es un problema de salud pública, La cirugía bariátrica no es estética, sino necesaria para preservar la vida y la salud.

Estos modelos inspiran esta propuesta legislativa y demuestran que es posible —y necesario— adoptar un enfoque legal integral, inclusivo y con respaldo técnico.

Finalidad de la ley y contenido estructural

Esta Ley Orgánica tiene por objeto establecer un marco jurídico para:

- Reconocer la obesidad como enfermedad crónica, progresiva y sistémica;
- Garantizar el acceso equitativo y continuo a servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento;
- Erradicar la discriminación por corporalidad en todos los ámbitos;
- Incorporar tratamientos médicos y quirúrgicos basados en evidencia científica;
- Regular el entorno alimentario y la publicidad nociva;
- Fortalecer la formación de profesionales de la salud y la educación;
- Articular el accionar del Estado con participación social y enfoque de derechos.
- Establecer soporte psicológico para la detección y prevención de conductas compulsivas y la implementación de modelos de comportamiento saludable.

Con base en el principio de progresividad, esta ley debe ser de naturaleza orgánica por incidir directamente en el ejercicio de derechos constitucionales y establecer una organización y funcionamiento especial del sistema de salud pública respecto de una condición crónica prioritaria.

Las tendencias actuales revelan una proyección alarmante: **Para 2050 de mantenerse las condiciones estructurales existentes, se estima que 9 de cada 10 ecuatorianos**

podrían presentar sobrepeso u obesidad en las próximas décadas, según modelos de proyección utilizados por organismos internacionales de salud pública. Esta proyección convierte la obesidad en una amenaza inminente a la sostenibilidad del sistema de salud y al ejercicio efectivo del derecho a la vida digna, haciendo imperativa la adopción de medidas legislativas inmediatas.

**ASAMBLEA NACIONAL
EL PLENO:
CONSIDERANDO:**

Que el Artículo 424 de la Constitución de la República del Ecuador dispone la prevalencia de los tratados internacionales de derechos humanos sobre cualquier otra norma jurídica, estableciendo un parámetro obligatorio de interpretación para la legislación infraconstitucional;

Que la Constitución de la República del Ecuador, en su Artículo 3 número 1, establece como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos, en especial de la salud, la vida digna y la integridad personal; y que el Artículo 32 reconoce el derecho a la salud como parte del derecho a una vida digna, disponiendo que el Estado asegure el acceso oportuno, universal y sin discriminación a servicios integrales de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación;

Que el Artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce a la salud como un derecho que garantiza el acceso permanente, oportuno y sin discriminación a servicios de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación integral, con énfasis en la equidad, universalidad, calidad y pertinencia;

Que en virtud del principio de igualdad y no discriminación consagrada en el Artículo 11 número 2 de la Constitución de la República del Ecuador, el Estado tiene la obligación de erradicar toda forma de exclusión basada en la condición corporal, el estado de salud o el diagnóstico médico;

Que el Artículo 66, número 1 de la Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a una vida digna, lo que impone al Estado el deber de adoptar políticas públicas que garanticen condiciones adecuadas de existencia, incluyendo la atención integral de enfermedades crónicas como la obesidad mórbida;

Que el Artículo 85 de la Constitución de la República del Ecuador impone a las políticas públicas la obligación de reducir las desigualdades estructurales y garantizar la participación activa de la ciudadanía en la definición de sus derechos;

Que el Artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular políticas públicas para garantizar servicios de salud integral;

Que el Artículo 84 de la Constitución de la República del Ecuador exige a la Asamblea Nacional adecuar formal y materialmente las leyes a los derechos reconocidos en la Constitución y los instrumentos internacionales, y adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la dignidad humana;

Que el Comité de Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la ONU, mediante su Observación General N.º 14, ha sostenido que los Estados deben garantizar el derecho a la salud sin discriminación y con enfoque diferenciado para personas en situación de vulnerabilidad como quienes viven con obesidad severa;

Que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) obliga al Estado ecuatoriano a adoptar medidas legislativas que prevengan la discriminación estructural en salud, incluyendo la atención diferenciada a mujeres afectadas por obesidad mórbida;

Que la Corte Constitucional del Ecuador ha precisado que la igualdad formal es insuficiente para alcanzar justicia material y que el Estado debe adoptar medidas de acción afirmativa y tratos diferenciados razonables para remover desigualdades estructurales en favor de grupos históricamente discriminados; y, en particular, ha reconocido protección reforzada para las personas con enfermedades crónicas, progresivas, catastróficas y discapacitantes, ordenando medidas específicas para garantizar su acceso a medicamentos, su estabilidad laboral y su atención integral en salud (Sentencias Nos. 1041-19-JP/25, 9 de enero de 2025; 679-18-JP/20 y acumulados, 5 de agosto de 2020; y 1095-20-EP/22, 24 de agosto de 2022;

Que el Artículo 12 del mismo Reglamento exige que los considerandos constituyan una motivación jurídica formal, sustancial, jerárquica y técnica, lo que impone al legislador la obligación de evidenciar las omisiones normativas actuales y justificar la necesidad de la ley propuesta;

Que es deber del Estado, conforme a los principios de progresividad y no regresividad de los derechos, garantizar a las personas que viven con obesidad mórbida un marco normativo que asegure atención digna, no discriminatoria e inclusiva, conforme al bloque de constitucionalidad y a los estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos (IFSO);

Que la obesidad mórbida constituye una enfermedad crónica, progresiva, multifactorial y sistémica reconocida por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad (IFSO), la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica (ASMBS) y la Comisión The Lancet (2025), quienes alertan sobre su carácter discapacitante y su impacto multisistémico;

Que la evidencia científica más reciente (IFSO Consensus 2024, The Lancet 2025) señala que el diagnóstico clínico de obesidad debe considerar la afectación funcional de órganos y tejidos, más allá del índice de masa corporal, y exige intervenciones médicas prolongadas, integrales y multidisciplinarias;

Que la obesidad mórbida constituye una enfermedad crónica, progresiva y multifactorial, reconocida por la comunidad científica internacional (Comisión The Lancet sobre la definición y criterios diagnósticos de la obesidad clínica) como una patología que compromete la salud integral, genera múltiples comorbilidades y limita el ejercicio efectivo de derechos fundamentales, por lo que su abordaje requiere un enfoque de derechos humanos y justicia social, más allá de la atención clínica;

Que la Encuesta STEPS 2018 y la ENSANUT muestran que más del 63% de la población adulta ecuatoriana presenta sobrepeso u obesidad, y el 25,7% obesidad, con mayor prevalencia en mujeres, lo que evidencia desigualdades estructurales en salud pública;

Que según datos oficiales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), entre enero de 2022 y abril de 2025 se registraron más de 361.000 atenciones médicas por obesidad y sus comorbilidades, siendo el 61% mujeres, lo que evidencia una afectación desproporcionada por razones de género;

Que, conforme a la misma fuente, los costos de atención por obesidad en el IESS entre 2022 y 2025 superaron los \$16 millones, sin incluir los costos indirectos por ausentismo, discapacidad y pérdida de productividad;

Que informes oficiales de entidades como la ARCSA, el Consejo Nacional de Salud y el IESS evidencian que en el Ecuador no existe aún una política pública específica ni protocolos consolidados para la atención integral de la obesidad mórbida, situación que genera vacíos institucionales y normativos que profundizan la exclusión social y sanitaria de quienes viven con esta condición;

Que el Consejo Nacional de Salud (CONASA), en su respuesta oficial de junio de 2025, confirmó la inexistencia de una política pública nacional específica y articulada para la obesidad mórbida, ni protocolos terapéuticos especializados;

Que el Ministerio de Salud Pública no ha incluido tratamientos específicos ni medicamentos para la obesidad mórbida en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, lo que limita el acceso a tratamientos efectivos y actualizados para esta condición;

Que el Ministerio del Trabajo, mediante comunicación oficial, reconoce la ausencia de protocolos institucionales para la inclusión laboral de personas con obesidad mórbida, así como la inexistencia de sanciones efectivas contra la discriminación por corporalidad en el ámbito laboral;

Que la discriminación por peso corporal o “gordofobia” constituye una forma de violencia estructural, normalizada y muchas veces invisibilizada en Ecuador, que afecta el acceso igualitario a salud, educación, empleo y participación política, especialmente en mujeres y personas con discapacidad;

Que países como México (NOM-008-SSA3-2017), Paraguay (Ley N.º 4959/2013) y Chile (Ley N.º 20.606/2012) han desarrollado marcos normativos específicos que reconocen la obesidad como problema prioritario de salud pública, incorporando medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de regulación alimentaria;

Que el Ministerio del Deporte del Ecuador ha implementado servicios permanentes como “Encuentro Recreativo - Actívate” y “Vamos a la Cancha”, que promueven la actividad física comunitaria con cobertura nacional, priorizando poblaciones en situación de vulnerabilidad y fomentando estilos de vida saludables, sin discriminación por condiciones de salud o apariencia física, lo que evidencia la viabilidad de articular la política pública deportiva con las estrategias de prevención de la obesidad mórbida;

Que el reconocimiento de la obesidad mórbida como una enfermedad de alta complejidad, con impacto social, sanitario y económico, y la ausencia de un marco normativo específico en el Ecuador, hacen necesaria y urgente la expedición de una ley que garantice el tratamiento integral de esta condición, promueva la prevención, sancione la discriminación y asegure el ejercicio pleno del derecho a la salud y la vida digna de las personas afectadas;

En ejercicio de las atribuciones establecidas en el Artículo 120, numeral 6 de la Constitución de la República y el Artículo 9, numeral 6 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, se expide la siguiente:

**“LEY ORGÁNICA PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN INTEGRAL Y PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD EN
ECUADOR”**

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES

CAPÍTULO PRIMERO

OBJETO, FINALIDAD, ÁMBITO Y DEFINICIONES

Artículo 1.- Objeto.

La presente Ley tiene por objeto establecer el **marco jurídico integral** para garantizar la prevención, el diagnóstico clínico y multidimensional, el tratamiento interdisciplinario, el seguimiento terapéutico, la rehabilitación, la atención especializada y la protección efectiva de los derechos de las personas que viven con obesidad, en cualquiera de sus fases.

La aplicación de esta Ley se regirá por los criterios científicos y estándares técnicos reconocidos por la OMS, OPS, IFSO, ASMBMS, la Comisión The Lancet sobre Obesidad y otros referentes internacionales en materia de salud pública y derechos humanos.

Artículo 2.- Finalidad.

Esta Ley tiene como finalidad:

1. Reconocer la obesidad mórbida como una enfermedad crónica no transmisible, sistémica y progresiva que requiere atención sostenida, integral y diferenciada.
2. Garantizar el acceso equitativo, oportuno, universal, gratuito y sin discriminación a servicios de salud especializados para personas con obesidad mórbida.
3. Promover acciones intersectoriales para la promoción, prevención y detección temprana de obesidad, considerando factores sociales, culturales, económicos, alimentarios, ambientales y de género.
4. Eliminar toda forma de discriminación, violencia y estigmatización por razón de peso, tamaño corporal o apariencia física (gordofobia).
5. Asegurar el uso de tratamientos farmacológicos, clínicos y quirúrgicos basados en evidencia científica y protocolos nacionales e internacionales actualizados, de acuerdo a los niveles de atención.
6. Generar estadísticas, indicadores y sistemas de información que permitan monitorear la prevalencia, atención y resultados en salud de esta condición.
7. Fortalecer el rol de la participación ciudadana, la corresponsabilidad social y el control social en la formulación y evaluación de políticas públicas en obesidad mórbida.
8. Establecer soporte psicológico para la detección y prevención de conductas compulsivas y la implementación de modelos de comportamiento saludable.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación.

Las disposiciones de esta Ley son de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional y vinculan a:

1. Todas las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, sean públicas, privadas o comunitarias;
2. Los organismos del Ejecutivo, Legislativo y Judicial que tengan competencia directa o indirecta en la garantía de derechos;
3. Las entidades de la Seguridad Social;
4. Las instituciones educativas en todos los niveles;
5. Los gobiernos autónomos descentralizados;
6. Las empresas de seguros médicos;
7. Los medios de comunicación y las plataformas digitales; y
8. La ciudadanía en general.

Artículo 4.- Definiciones.

Para efectos de esta Ley se entenderá por:

- a) **Obesidad:** Enfermedad crónica, progresiva y multifactorial caracterizada por un exceso de adiposidad que puede presentarse con o sin distribución anómala o disfunción del tejido adiposo, y que afecta la salud a través de alteraciones metabólicas, estructurales, orgánicas, funcionales o psicosociales. Su diagnóstico no se limita al Índice de Masa

Corporal (IMC), sino que debe confirmarse mediante indicadores clínicos, antropométricos o de composición corporal, apropiados a edad, sexo y etnia, conforme a los criterios de *The Lancet Commission (2025)*, *IFSO* y *ASMBS*

b) **Obesidad mórbida:** enfermedad crónica, sistémica y progresiva caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal que compromete la función de órganos y sistemas, y cuya definición no se limita al Índice de Masa Corporal (IMC), sino que incluye indicadores clínicos, metabólicos, funcionales y psicosociales conforme a los criterios de *The Lancet Commission (2025)*, *IFSO* y *ASMBS*.

c) **Tratamiento integral:** Conjunto de intervenciones terapéuticas clínicas, quirúrgicas, nutricionales, psicológicas, físicas, sociales y tecnológicas, coordinadas por un equipo interdisciplinario, sustentadas en guías y protocolos científicos actualizados, y ejecutadas conforme a los principios de seguridad, eficacia, equidad, continuidad del cuidado y respeto a la autonomía de las personas que viven con obesidad.

Estas intervenciones podrán incorporar, de manera pertinente y progresiva, herramientas de salud digital, sistemas de telemedicina, tecnologías de monitoreo remoto, plataformas interactivas de educación terapéutica personalizada y programas de soporte psicosocial a distancia, a fin de fortalecer la adherencia terapéutica, reducir el abandono del tratamiento, y garantizar el acceso oportuno y sostenible en contextos rurales, de difícil acceso o con barreras geográficas, económicas o culturales.

d) **Gordofobia:** Forma de violencia estructural y simbólica que se manifiesta en discriminación, exclusión, humillación, negación de servicios o derechos en función del tamaño o forma del cuerpo.

e) **Entorno saludable:** Espacio físico, social, institucional y comunitario que promueve decisiones y comportamientos alimentarios, físicos y culturales que favorecen el bienestar integral y previenen el desarrollo de enfermedades crónicas.

f) **Sistema de atención integral en obesidad mórbida:** Red de servicios de salud que incluye prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, apoyo psicosocial, cuidados paliativos y seguimiento, a través de todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, articulados interinstitucionalmente y financiados con enfoque de equidad.

CAPÍTULO SEGUNDO PRINCIPIOS RECTORES

Artículo 5.- Principios rectores.

La aplicación, interpretación e implementación de esta Ley se regirá por los siguientes principios:

1. **Dignidad humana:** Reconocimiento del valor intrínseco de toda persona, con independencia de su corporalidad o peso.
2. **Progresividad de derechos:** Evolución permanente en la garantía y ampliación de derechos relacionados con la salud y la inclusión.

3. **Equidad y no discriminación:** Atención diferenciada para grupos históricamente discriminados, especialmente mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad.
4. **Enfoque de derechos:** Reconocimiento de la obesidad mórbida como una condición que merece protección integral en el marco de los derechos a la salud, a la alimentación, a la no discriminación, a la educación, al trabajo y a la vida digna.
5. **Universalidad, gratuidad y continuidad:** Garantía de acceso a tratamientos y servicios de salud durante todo el ciclo de vida de la persona.
6. **Intersectorialidad e integralidad:** Coordinación obligatoria entre salud, educación, trabajo, comunicación, seguridad social y justicia.
7. **Participación activa:** Inclusión de personas con obesidad mórbida, organizaciones de la sociedad civil y colectivos de pacientes en los procesos de diseño, ejecución y control social de políticas públicas.
8. **Corresponsabilidad:** Compromiso conjunto del Estado, sociedad, familia, comunidad académica, medios de comunicación y sector privado para erradicar las causas estructurales de la obesidad mórbida.
9. **Evidencia científica y enfoque técnico:** Uso de guías, consensos y protocolos clínicos desarrollados por organismos como OMS (*Organización Mundial de la Salud*), OPS (*Organización Panamericana de la Salud*), IFSO (*International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos*), ASMBS (*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery – Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica*) y *The Lancet* (*Comisión The Lancet sobre Obesidad*), con adaptación nacional.
10. **Justicia sanitaria:** Asignación prioritaria de recursos a condiciones de alta carga de enfermedad, comorbilidad y exclusión social, como la obesidad mórbida.

TÍTULO II

DERECHOS Y GARANTÍAS

CAPÍTULO I– DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 6.- Reconocimiento de derechos.

Las personas con obesidad son titulares de todos los derechos reconocidos en la Constitución, los tratados internacionales de derechos humanos y esta Ley, sin discriminación por motivo de apariencia física, corporalidad, peso u otra condición relacionada con su salud. Su condición médica no podrá ser invocada como limitante para el ejercicio pleno de derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales.

Artículo 7.- Derechos específicos.

Además de los derechos generales, las personas con obesidad tienen derecho a:

1. Recibir atención médica integral, continua, gratuita, especializada y multidisciplinaria en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud;
2. Acceder, sin discriminación, a tratamientos médicos, quirúrgicos, farmacológicos, psicológicos y de rehabilitación, conforme a criterios técnicos nacionales e internacionales;
3. Gozar de información clara, comprensible, veraz y basada en evidencia sobre su estado de salud, opciones terapéuticas y riesgos asociados;
4. Otorgar o negar su consentimiento libre, previo e informado a cualquier procedimiento médico;
5. Ser tratadas con respeto, sin estigmas ni violencia simbólica, estructural o institucional;
6. No ser discriminadas en el ámbito laboral, educativo, sanitario, judicial o en cualquier espacio público o privado por su peso o corporalidad;
7. Acceder a espacios físicos adaptados, seguros y adecuados a sus necesidades antropométricas;
8. Participar, individual o colectivamente, en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas sobre obesidad;
9. Acceder a mecanismos efectivos de protección y reparación en casos de vulneración de derechos.

La implementación de los derechos previstos en este artículo observará los niveles de atención y la complejidad clínica. En los casos de mayor complejidad, incluida la obesidad mórbida o la presencia de comorbilidades se garantizará el acceso oportuno a prestaciones especializadas y de alta complejidad, conforme a los protocolos y guías vigentes.

La ejecución de lo dispuesto en este artículo se realizará exclusivamente con cargo al presupuesto anual aprobado de las entidades responsables, dentro del marco de la programación presupuestaria cuatrianual vigente, sin requerir asignaciones adicionales ni ampliaciones de techos. En consecuencia, no generará gasto público adicional ni comprometerá recursos por fuera de las disponibilidades aprobadas; su implementación se efectuará mediante priorización, optimización y reprogramaciones internas.

Artículo 8.- Seguimiento integral posterior a cirugía bariátrica y metabólica.

Las personas con obesidad mórbida que accedan a cirugía bariátrica o metabólica tienen derecho a recibir seguimiento clínico, nutricional, psicológico, farmacológico y funcional de manera continua, integral y gratuita en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

Este seguimiento deberá contemplar:

- a) Valoración periódica por equipos multidisciplinarios integrados por medicina general, endocrinología, nutrición, salud mental, fisioterapia y cirugía;
- b) Acceso oportuno a medicamentos indicados para el control de comorbilidades y prevención de la reganancia de peso, incluidos los principios activos recomendados por las guías clínicas nacionales e internacionales vigentes, conforme a su incorporación progresiva en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos;
- c) Apoyo psicosocial, rehabilitación funcional y control metabólico sostenido en el

tiempo;

d) Educación terapéutica para el autocuidado y la adherencia al tratamiento postoperatorio;

e) Garantía de continuidad en el tratamiento, sin interrupciones por cambio de prestador, tipo de seguro o movilidad territorial.

El Ministerio de Salud Pública y el IESS adoptarán las medidas técnicas necesarias para garantizar este derecho, sin erogaciones presupuestarias en el marco de la programación marco de la programación presupuestaria cuatrianual vigente.

Artículo 9.- Garantías institucionales.

Las entidades competentes, en el ámbito de sus atribuciones, implementarán las acciones previstas en este artículo mediante optimización de procesos, reorganización de la oferta disponible y articulación interinstitucional, con cargo a los presupuestos aprobados para cada ejercicio fiscal, conforme al marco de la programación marco de la programación presupuestaria cuatrianual vigente.

a) Organización funcional de la atención especializada en obesidad dentro de los establecimientos y redes habilitadas, priorizando hospitales generales y de especialidad, e integrando rutas de referencia y contrarreferencia con base en la capacidad instalada.

b) Homologación técnica y continuidad operativa de los procedimientos quirúrgicos relacionados (incluida la cirugía bariátrica y metabólica) en los establecimientos que cuenten con habilitación y capacidad instalada, conforme a protocolos aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional y estándares internacionales de seguridad y pertinencia clínica.

c) Gestión de abastecimiento y uso racional de medicamentos, suplementos y tecnologías incluidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y en los instrumentos aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con los procesos ordinarios del sistema:

d) Elaboración y actualización periódica de protocolos, guías y rutas integrales de atención, basadas en la mejor evidencia científica disponible, en ejercicio de la rectoría sanitaria.

e) Programas de actualización y capacitación continua para las y los profesionales de la salud, la educación y la justicia, implementados mediante las plataformas institucionales, convenios y demás esquemas de educación continua vigentes, en coordinación con las instituciones competentes. Su diseño y ejecución estarán a cargo del mismo ente responsable, con el personal existente, sin nuevas contrataciones ni externalizaciones, y



con cargo al presupuesto anual aprobado dentro del marco de la programación presupuestaria cuatrianual vigente.

f) Fortalecimiento de los mecanismos vigentes de vigilancia, control y respuesta frente a actos de discriminación por razón de corporalidad, utilizando canales institucionales y sistemas de reporte operativos.

g) Desarrollo de estrategias de comunicación pública y educación social para prevenir la estigmatización, mediante medios institucionales, educativos y comunitarios, integradas a los planes comunicacionales aprobados.

h) Priorización programática de fuentes y mecanismos de financiamiento vigentes que permitan, de forma escalonada y eficiente, instrumentar las medidas de abordaje integral de la obesidad, conforme a la normativa presupuestaria aplicable.

Las previsiones de este artículo son de naturaleza programática y su ejecución se realizará mediante los instrumentos ordinarios de planificación y presupuestación pública, dentro de los techos y disponibilidades aprobados, sin que constituyan mandato de expansión de cobertura, portafolio de servicios o dotación de personal, ni generen, por sí mismas, prestaciones exigibles de contenido económico inmediato.

Artículo 10.- Acceso a justicia y reparación.

Toda persona con obesidad mórbida que haya sido víctima de discriminación, violencia institucional, omisión de atención médica o negación de servicios podrá recurrir a los mecanismos jurisdiccionales, administrativos y constitucionales establecidos en la legislación ecuatoriana, incluyendo la acción de protección, denuncia ante órganos de control y recursos administrativos ante la autoridad sanitaria o laboral.

Las medidas de reparación comprenderán, cuando corresponda, disculpas públicas, rehabilitación médica, compensación económica, readmisión laboral, rectificación institucional y sanción disciplinaria o penal de los responsables.

TÍTULO III

SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN OBESIDAD

CAPÍTULO II – ORGANIZACIÓN Y NIVELES DE ATENCIÓN

Artículo 11.- Organización y articulación de la atención integral en obesidad.

El abordaje de la obesidad, en cualquiera de sus fases, se integrará como componente funcional de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de su red complementaria del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con los artículos 361, 362, 363 y 367 de la Constitución y con la Ley Orgánica de Salud, con sujeción a la estructura orgánico-funcional vigente. La presente ley no implica la constitución de entidades u órganos adicionales ni la modificación de los marcos organizativos existentes.

La Autoridad Sanitaria Nacional ejercerá la rectoría, regulación, planificación, coordinación, vigilancia y control de esta atención, y emitirá la normativa técnica correspondiente, utilizando los instrumentos ordinarios de planificación y regulación del sector para establecer las rutas integrales de atención, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, la continuidad del cuidado y los estándares de calidad y seguridad.

Los establecimientos públicos, de la seguridad social, privados y mixtos prestarán servicios conforme a su capacidad instalada, habilitación y niveles de complejidad, en el marco de la RPIS y su red complementaria. La habilitación sanitaria, categorización, acreditación y los registros de establecimientos se regirán por la Ley Orgánica de Salud y la normativa vigente expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional y la ARCSA; esta ley no introduce regímenes paralelos ni requisitos adicionales a los ya establecidos.

La implementación se realizará mediante optimización de procesos, reorganización de flujos y uso eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros disponibles, con cargo a los presupuestos aprobados para cada ejercicio fiscal y a la programación institucional vigente. Las previsiones de este artículo son de naturaleza programática y no constituyen mandato de expansión de cobertura, cartera de servicios o dotación de personal, ni generan, por sí mismas, prestaciones exigibles de contenido económico ni obligaciones de gasto adicionales.

La organización de la prestación responderá a criterios epidemiológicos, territoriales y poblacionales, con enfoque de derechos, interculturalidad, género, ciclo de vida y discapacidad, garantizando acceso oportuno, continuidad del cuidado y calidad en todo el territorio nacional. La Autoridad Sanitaria Nacional asegurará información pública y actualizada sobre la oferta de servicios disponible para la atención integral de la obesidad, a través de los sistemas de información sectoriales vigentes.

Artículo 12.- Organización por niveles de atención.

Los servicios de atención integral para las personas que viven con obesidad se organizarán en tres niveles de atención, articulados entre sí mediante protocolos clínicos, guías técnicas y sistemas interoperables de referencia, contrarreferencia y seguimiento longitudinal, en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su red complementaria, de conformidad con la Constitución y la Ley Orgánica de Salud.

a) Primer nivel de atención.

Corresponde a los establecimientos de atención primaria en salud. Desarrollará acciones de promoción de la salud, prevención, identificación temprana de factores de riesgo, consejería alimentaria y de actividad física, apoyo psicológico, tamizaje nutricional, abordaje inicial, derivación oportuna y seguimiento longitudinal de casos. Podrá iniciar tratamiento clínico y farmacológico conforme a protocolos aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional y en coordinación con los niveles superiores.

b) Segundo nivel de atención.

Comprende servicios ambulatorios y hospitalarios con capacidad resolutive intermedia. Realizará diagnósticos especializados, manejo de comorbilidades asociadas, intervención psicosocial, planes integrales de tratamiento no quirúrgico y preparación prequirúrgica, conforme a lineamientos técnicos y rutas integrales de atención vigentes.

c) Tercer nivel de atención.

Incluye centros de alta complejidad con capacidad para evaluación interdisciplinaria avanzada, realización de intervenciones quirúrgicas —incluida la cirugía bariátrica y metabólica—, rehabilitación posoperatoria, manejo de complicaciones y soporte a largo plazo. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con las instituciones de seguridad social, definirá los establecimientos que operarán como centros de referencia y su progresiva ampliación, con base en criterios de calidad, seguridad del paciente, cobertura territorial y capacidades instaladas.

Corresponsabilidad y coordinación interinstitucional.

- i) Autoridad Sanitaria Nacional: ejerce la rectoría, dicta lineamientos y protocolos, y dispone los mecanismos de evaluación, supervisión y mejora continua, conforme a la normativa vigente.
- ii) Instituciones de seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL): organizan la prestación en sus redes, aseguran la coordinación con la RPIS y garantizan los flujos de referencia y contrarreferencia.
- iii) Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD): coadyuvan en acciones de promoción de la salud y prevención (entornos saludables, espacios públicos activos, mercados y ferias saludables, regulación de publicidad local, educación comunitaria), así como en apoyo logístico a campañas y programas, sin asumir la prestación clínica; podrán celebrar convenios de cooperación con la Autoridad Sanitaria Nacional y las instituciones de la RPIS en el ámbito de sus competencias.
- iv) Otras entidades competentes (educación, inclusión, deporte, educación superior, entre otras): colaboran en educación, investigación, formación de talento humano y programas intersectoriales, dentro de sus atribuciones legales.

La implementación y mejora de los niveles de atención se realizará priorizando la optimización de recursos existentes y la calidad de la atención, sujeta a la programación sectorial y a la disponibilidad presupuestaria, sin crear regímenes paralelos ni nuevos requisitos distintos de los previstos en la normativa vigente.

Artículo 13.- Criterios técnicos para la atención.

Los establecimientos prestadores del Sistema Nacional de Salud aplicarán obligatoriamente protocolos, guías clínicas y esquemas de atención basados en evidencia científica, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional. Se priorizará el uso de protocolos desarrollados por OMS, OPS, IFSO, ASMBS y The Lancet (2025), adaptados al contexto epidemiológico nacionales.

Artículo 14.- Interdisciplinariedad.

La atención integral a personas con obesidad mórbida se realizará mediante equipos interdisciplinarios acordes al nivel de complejidad, integrados, según corresponda, por profesionales de medicina general o familiar, endocrinología, nutrición, psicología, psiquiatría, fisioterapia y cirugía, conforme a los lineamientos que emita la Autoridad Sanitaria Nacional.

La conformación y operación de los equipos se efectuará sobre la base de la capacidad instalada y la dotación vigente de cada establecimiento, mediante coordinación funcional, asignación de roles y gestión de agendas, con cargo a los presupuestos iniciales aprobados y a la programación institucional del periodo.

CAPÍTULO III – INTERVENCIONES, EJERCICIO FÍSICO, REHABILITACIÓN Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 15.- Ejercicio físico, terapia física y rehabilitación funcional.

El ejercicio físico prescrito, la terapia física individualizada y los programas de rehabilitación funcional forman parte esencial del tratamiento integral de la obesidad y sus comorbilidades. Estas intervenciones deberán:

- a) Ser desarrolladas y monitoreadas por profesionales capacitados en fisioterapia, medicina del deporte, rehabilitación o educación física, con enfoque individualizado y gradual;
- b) Incluir actividades adaptadas a la condición funcional, clínica y psicosocial de cada persona, con fines preventivos, terapéuticos y de reintegración social y laboral;
- c) Integrarse obligatoriamente a los planes de tratamiento interdisciplinario definidos por los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, conforme a guías clínicas nacionales e internacionales basadas en evidencia (OMS, OPS, IFSO, ASMBS, The Lancet 2025);
- d) Ser priorizadas como parte del proceso de rehabilitación posterior a cirugía bariátrica y durante intervenciones clínicas no quirúrgicas;
- e) Ser implementadas sin erogaciones presupuestarias adicionales, utilizando la infraestructura física existente en establecimientos de salud, espacios comunitarios y, especialmente, instalaciones deportivas públicas;
- f) Contar con el apoyo técnico y logístico del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, que en coordinación con el Ministerio de Salud Pública garantizará la habilitación progresiva de escenarios deportivos públicos accesibles, seguros e inclusivos para personas con obesidad, en cumplimiento de sus competencias institucionales y sin generar nuevas estructuras administrativas.
- g) Promover la articulación con estrategias nacionales de actividad física inclusiva y comunitaria, orientadas a la prevención de enfermedades no transmisibles y al fortalecimiento de estilos de vida saludables, con especial atención a grupos de atención prioritaria y territorios con bajos índices de práctica deportiva.

Artículo 16.- Incorporación progresiva.

El Ministerio de Salud Pública y las instituciones del Sistema Nacional de Salud incorporarán, de manera escalonada y conforme a su planificación institucional y disponibilidad presupuestaria, servicios de diagnóstico especializado, cirugía bariátrica y atención posoperatoria, conforme al principio de justicia sanitaria y sin requerir asignaciones extraordinarias de recursos.

Artículo 17.- Cartera de servicios.

Las entidades públicas prestadoras de salud integrarán en su cartera de servicios las prestaciones para obesidad mórbida, conforme a su tipología y sin duplicar funciones o servicios ya existentes. El Consejo Nacional de Salud coordinará con el Ministerio de Salud Pública los procesos de homologación técnica conforme al artículo 28 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 18.- Protocolos, guías y lineamientos técnicos para la atención integral de la obesidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional, en ejercicio de su rectoría y en coordinación con el Consejo Nacional de Salud, las instituciones de seguridad social, la academia y las sociedades científicas, emitirá, actualizará y armonizará protocolos clínicos, guías de práctica, rutas integrales de atención, criterios de referencia y contrarreferencia, estándares de calidad e indicadores de seguimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento interdisciplinario, rehabilitación y seguimiento de las personas que viven con obesidad en todas sus fases y grados, considerando el ciclo de vida, la interculturalidad, el enfoque de género y discapacidad. Estas acciones se desarrollarán mediante los instrumentos ordinarios de planificación y regulación del sector, con cargo a los presupuestos aprobados y a la programación institucional vigente.

Los instrumentos técnicos se elaborarán y revisarán con base en evidencia científica vigente y en referentes internacionales reconocidos en salud pública y manejo de la obesidad, adaptados al contexto epidemiológico y territorial del país. La farmacoterapia, procedimientos y dispositivos se alinearán al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y a la normativa de farmacoterapia y evaluación de tecnologías sanitarias vigente emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional y los órganos técnicos competentes. Su adopción seguirá los procesos ordinarios del sector y no aporta, por sí misma, incorporación automática de prestaciones, tecnologías o coberturas no previstas en el marco normativo vigente.

La Autoridad Sanitaria Nacional realizará la actualización periódica de estos instrumentos, al menos cada veinticuatro (24) meses o cuando la evidencia lo amerite, y dispondrá su publicación en los canales oficiales para su cumplimiento por los prestadores públicos, de la seguridad social, privados y mixtos, en el marco de la Red Pública Integral de Salud y su red complementaria. Para su implementación, se priorizará la interoperabilidad a través de los sistemas nacionales de información en salud vigentes — incluida la farmacovigilancia y la tecnovigilancia— y la incorporación de indicadores en los mecanismos ordinarios de monitoreo y mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

Artículo 19.- Coordinación interinstitucional.

Se promoverá la coordinación técnica intersectorial entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Ministerio de Educación, el Ministerio del Trabajo (MDT), la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), en el marco de sus competencias legales y de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), con el fin de garantizar entornos saludables, fortalecer medidas de promoción y prevención, controlar la publicidad, información y rotulado de alimentos y bebidas, y promover la

adaptación progresiva de infraestructura y servicios para la atención integral de la obesidad.

TÍTULO IV

PREVENCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENTORNOS SALUDABLES

CAPÍTULO I – PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Artículo 20.- Promoción de la salud y prevención de la obesidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional, en el ámbito de su rectoría y en coordinación con las instituciones competentes del Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo, el sistema de seguridad social y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, impulsará políticas, planes y estrategias intersectoriales de promoción de la salud y prevención de la obesidad en todas sus fases y a lo largo del curso de vida, en los ámbitos educativo, comunitario, comunicacional, alimentario y sanitario.

Estas acciones incluirán, de manera enunciativa y no limitativa:

- a) Fortalecimiento de entornos saludables y de la educación alimentaria y de actividad física en establecimientos educativos y espacios comunitarios, conforme a la normativa vigente.
- b) Desarrollo de programas de promoción y prevención en el primer nivel de atención, que contemplen identificación temprana de factores de riesgo, consejería y tamizaje oportuno, con rutas de referencia y contrarreferencia.
- c) Acciones coordinadas para el control de la publicidad, información y rotulado de alimentos y bebidas, de conformidad con las competencias de las autoridades regulatorias y de control.
- d) Estrategias de comunicación pública basadas en evidencia, alfabetización en salud y participación social, con enfoque de derechos, interculturalidad, género, ciclo de vida y discapacidad.
- e) Monitoreo y evaluación periódicos de las intervenciones, con indicadores de cobertura, calidad y efectividad.

La ejecución de lo dispuesto en este artículo se realizará exclusivamente con cargo al presupuesto anual aprobado de las entidades responsables, dentro del Marco de Presupuesto Cuatrianual vigente, sin requerir asignaciones adicionales ni ampliaciones de techos. En consecuencia, no generará gasto público adicional ni comprometerá recursos fuera de las disponibilidades aprobadas; su implementación se efectuará mediante priorización, optimización y reprogramaciones internas, respetando las metas de reglas fiscales.

Artículo 21.- Corresponsabilidad.

La prevención de la obesidad es una responsabilidad compartida del Estado, las familias, la comunidad educativa, los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), los medios de comunicación y el sector productivo. Las entidades públicas, en el ámbito de sus competencias y en coordinación con los actores mencionados.

Artículo 22.- Programa Nacional de Prevención de la Obesidad en el Sistema Educativo.

El Ministerio de Educación, Deporte y Cultura implementará el Programa Nacional de



Prevención de la Obesidad en el Sistema Educativo, en el marco de sus competencias y en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional cuando corresponda, con los siguientes componentes:

- a) Diagnóstico participativo y evaluación periódica de los factores de riesgo asociados a obesidad infantil y adolescente;
- b) Fortalecimiento de contenidos curriculares sobre alimentación saludable, actividad física, autocuidado, imagen corporal y respeto a la diversidad física;
- c) Capacitación continua del personal docente y administrativo en temas de salud nutricional, promoción del movimiento y desestigmatización de la obesidad;
- d) Inclusión de pautas sobre actividad física adaptada, en coordinación con el Ministerio del Deporte;
- e) Articulación con los servicios de salud escolar, psicología y orientación, para detección y prevención de conductas compulsivas y la implementación de modelos de comportamiento saludable, intervención psicológica y derivación temprana de casos de riesgo;
- f) Implementación de terapia cognitivo-conductual: identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la obesidad.
- g) Campañas de comunicación dirigidas a estudiantes, familias y comunidad educativa, enfocadas en la prevención, la empatía y el respeto a la diversidad corporal;
- h) Coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados para el desarrollo de entornos escolares saludables en los territorios.

La ejecución de lo dispuesto en este artículo se realizará exclusivamente con cargo al presupuesto anual aprobado de las entidades responsables, dentro del Marco de Presupuesto Cuatrienal vigente, sin requerir asignaciones adicionales ni ampliaciones de techos. En consecuencia, no generará gasto público adicional ni comprometerá recursos fuera de las disponibilidades aprobadas; su implementación se efectuará mediante priorización, optimización y reprogramaciones internas, respetando las metas de reglas fiscales.

Artículo 23.- Publicidad responsable y comunicación saludable.

Monitoreo y sanción de publicidad engañosa relacionada con obesidad. La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), en el ámbito de sus competencias y en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo de Comunicación, la Agencia de Regulación y Control de las Telecomunicaciones (ARCOTEL), la Defensoría del Pueblo y las demás entidades competentes, implementará un sistema permanente de monitoreo, fiscalización y control de la publicidad, promoción, patrocinio y comunicación comercial relativa a productos, servicios, procedimientos, dispositivos, suplementos y terapias vinculados a la prevención, reducción o control del peso corporal y al manejo de la obesidad, cualquiera sea el medio o soporte de difusión.

1. Conductas prohibidas. Queda prohibida la publicidad o comunicación comercial que:
 - a) Atribuya capacidades de “cura” de la obesidad o garantías de resultados sin sustento técnico-científico y sin la autorización sanitaria cuando corresponda;
 - b) Emplee afirmaciones pseudocientíficas, testimonios no verificables, comparativas engañosas, “antes y después” manipulados, sellos o avales inexistentes, u omita información esencial sobre riesgos, indicaciones y contraindicaciones;
 - c) Se dirija, de forma directa o indirecta, a grupos de atención prioritaria (niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y otras condiciones de vulnerabilidad) o utilice mensajes estigmatizantes o discriminatorios;
 - d) Promueva medicamentos, dispositivos, suplementos, procedimientos o servicios sin registro, autorización o fuera de la indicación aprobada cuando su publicidad requiera autorización.
2. Armonización normativa. La aplicación de este artículo se realizará sin duplicar competencias y en concordancia con la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor y la Ley Orgánica de Comunicación, así como con la normativa sanitaria y publicitaria vigente. Esta ley no crea regímenes paralelos ni nuevos requisitos distintos de los previstos en el ordenamiento aplicable.
3. Coordinación interinstitucional.
 - a) ARCSA ejercerá el control sanitario de la publicidad sujeta a régimen sanitario y podrá disponer medidas administrativas sobre el material infractor.
 - b) El Consejo de Comunicación aplicará lo dispuesto en la Ley Orgánica de Comunicación para contenidos y prácticas comunicacionales en medios y plataformas.
 - c) ARCOTEL actuará conforme a la normativa de telecomunicaciones respecto de concesionarios y servicios bajo su control, pudiendo requerir el retiro o bloqueo de contenidos ilícitos a solicitud motivada de la autoridad competente.
 - d) La Defensoría del Pueblo intervendrá en protección de derechos de consumidores y usuarios, sin perjuicio de las acciones administrativas o judiciales que correspondan.
 - e) Las plataformas y comercios electrónicos deberán contar con mecanismos expeditos de reporte y retiro de publicidad que infrinja este artículo, atendiendo requerimientos de las autoridades competentes.
4. Medidas y sanciones. Sin perjuicio de responsabilidades civiles y penales, el incumplimiento dará lugar a:
 - a) Medidas inmediatas: cesación, retiro o rectificación de la publicidad; suspensión de campañas; advertencias sanitarias; e inmovilización o decomiso del material publicitario, según corresponda.
 - b) Sanciones administrativas conforme al régimen sancionatorio aplicable en la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor y la Ley

Orgánica de Comunicación (entre otras: amonestaciones, multas, suspensión temporal de autorizaciones publicitarias o registros, clausura temporal y, en casos graves o de reincidencia, revocatoria), según competencia y procedimiento de cada entidad.

- c) Agravantes: se considerarán agravantes la reincidencia, el impacto significativo en población prioritaria y la difusión masiva dirigida a niñas, niños y adolescentes.
5. Debido proceso y criterios técnicos. Toda actuación se sujetará a debido proceso, motivación y proporcionalidad, con base en evidencia científica y lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Las medidas deberán ser idóneas, necesarias y proporcionales al riesgo o daño ocasionado.
 6. Implementación. La ejecución de este artículo priorizará la optimización de capacidades existentes y la interoperabilidad entre sistemas de información, y se sujetará a la programación sectorial y disponibilidad presupuestaria, sin crear estructuras paralelas.

La ejecución de lo dispuesto en este artículo se realizará exclusivamente con cargo al presupuesto anual aprobado de las entidades responsables, dentro del Marco de Presupuesto Cuatrianual vigente, sin requerir asignaciones adicionales ni ampliaciones de techos. En consecuencia, no generará gasto público adicional ni comprometerá recursos fuera de las disponibilidades aprobadas; su implementación se efectuará mediante priorización, optimización y reprogramaciones internas, respetando las metas de reglas fiscales.

Artículo 24.- Rol de los gobiernos autónomos descentralizados.

Los GAD promoverán, dentro de su planificación local y sin incremento presupuestario, acciones de fomento a entornos saludables, como:

1. Espacios públicos accesibles y seguros para actividad física.
2. Ferias comunitarias de alimentación saludable.
3. Coordinación con redes de salud locales y organizaciones de base, conforme a sus competencias establecidas en el Código Orgánico de Organización Territorial.

La ejecución de lo dispuesto en este artículo se realizará exclusivamente con cargo al presupuesto anual aprobado de las entidades responsables, dentro del Marco de Presupuesto Cuatrianual vigente, sin requerir asignaciones adicionales ni ampliaciones de techos. En consecuencia, no generará gasto público adicional ni comprometerá recursos por fuera de las disponibilidades aprobadas; su implementación se efectuará mediante priorización, optimización y reprogramaciones internas, respetando las metas de sostenibilidad fiscal.

Artículo 25.- Fortalecimiento técnico sin incremento presupuestario.



Las instituciones del Estado promoverán la actualización y capacitación técnica del personal en temas de nutrición, salud pública, actividad física y obesidad mórbida, mediante cursos, talleres, convenios y herramientas pedagógicas virtuales, utilizando plataformas existentes como el Sistema Nacional de Capacitación y sin requerir nuevas asignaciones presupuestarias.

TÍTULO V

PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A LA JUSTICIA

CAPÍTULO I – PROHIBICIONES Y GARANTÍAS DE NO DISCRIMINACIÓN

Artículo 26.- Prohibición de discriminación por corporalidad.

Se prohíbe toda forma de discriminación directa, indirecta, estructural o institucional por razón de obesidad mórbida, peso corporal, morfología o apariencia física, en los sectores público y privado. La prevención, tramitación y sanción de estas conductas se realizará mediante los regímenes y procedimientos administrativos, laborales, contravencionales y judiciales vigentes.

Artículo 27.- Ámbitos de protección.

Las personas que viven con obesidad, en cualquiera de sus fases —clínica o mórbida—, no podrán ser objeto de prácticas discriminatorias, exclusiones ni limitaciones arbitrarias en los siguientes ámbitos:

- a) Acceso, permanencia o promoción en el trabajo público o privado, sin perjuicio del ejercicio pleno de sus capacidades y derechos laborales;
- b) Admisión, permanencia, trato digno y adaptación razonable en centros educativos de cualquier nivel, modalidad o dependencia;
- c) Atención, cobertura y trato equitativo en establecimientos de salud públicos, privados o mixtos; servicios sociales; seguros generales, complementarios o de medicina prepagada.

Las empresas aseguradoras privadas, cooperativas de salud y prestadoras de servicios de medicina prepagada deberán incorporar, dentro de sus planes, la cobertura obligatoria de atención integral para personas con obesidad clínica o mórbida. Esta incluirá: diagnóstico, tratamiento interdisciplinario, prescripción de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, suplementación nutricional, seguimiento clínico y rehabilitación, conforme a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Se prohíbe expresamente:

- a. La inclusión de cláusulas de exclusión por diagnóstico de sobrepeso u obesidad;
- b. Cualquier forma de discriminación basada en el índice de masa corporal, morfología o apariencia física;
- c. El uso de la obesidad como condición preexistente para negar o limitar el acceso a seguros o prestaciones de salud.



La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros establecerá los mecanismos de verificación, auditoría y sanción correspondientes para asegurar el cumplimiento de esta disposición. Deberá además publicar semestralmente un registro público de los planes de salud que cumplan con los estándares establecidos en esta ley, sin que ello implique nueva estructura institucional ni asignación presupuestaria adicional.

d) Acceso equitativo a servicios públicos, transporte, justicia, participación política y espacios de deliberación ciudadana;

e) Representación libre de estereotipos en medios de comunicación y redes sociales, con enfoque de no discriminación y respeto a la diversidad corporal;

f) Uso y diseño inclusivo de infraestructura pública, mobiliario institucional y servicios generales, garantizando condiciones de accesibilidad universal conforme a estándares técnicos vigentes.

g) Es necesario desarrollar políticas públicas efectivas que aborden la obesidad mórbida de manera integral y garanticen el acceso a servicios de salud de alta calidad, con énfasis en la promoción y prevención en todos los niveles de atención.

Artículo 28.- Garantías de inclusión laboral.

Las instituciones públicas y empleadores privados garantizarán el respeto a la igualdad de oportunidades laborales para personas con obesidad mórbida. Se promoverá la aplicación de medidas razonables de accesibilidad y adecuación de espacios físicos, dentro del marco de la normativa laboral vigente y sin que implique creación de nuevas obligaciones presupuestarias.

Artículo 29.- Deber institucional de prevención.

Todas las instituciones públicas están obligadas a prevenir y sancionar actos de gordofobia o discriminación por corporalidad, en el marco de sus competencias. El Ministerio del Trabajo y Ministerio de Gobierno emitirán lineamientos técnicos para orientar la inclusión laboral y prevenir prácticas discriminatorias, sin que esto implique erogación adicional de recursos públicos.

Artículo 30.- Acceso a mecanismos de justicia.

Toda persona que se considere víctima de discriminación por obesidad mórbida podrá acudir, según la naturaleza del acto, a:

1. La Defensoría del Pueblo;
2. La Defensoría Pública;
3. La autoridad administrativa del trabajo o educación;
4. Las autoridades judiciales mediante acción de protección u otras vías constitucionales, civiles o penales.

Artículo 31.- Medidas de reparación.

En los casos comprobados de discriminación, se aplicarán medidas de reparación que podrán incluir: rectificación pública, sanción administrativa, indemnización, readmisión laboral o educativa, y garantía de no repetición. La reparación deberá ser integral,

proporcional y adecuada, conforme al Artículo 10 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional.

Artículo 32.- Registro y seguimiento de casos.

La Defensoría del Pueblo y los órganos de control administrativo mantendrán registros estadísticos de denuncias por discriminación por obesidad mórbida, como insumo para políticas públicas y prevención estructural. El tratamiento de esta información deberá respetar los principios de confidencialidad, protección de datos personales y uso ético de la información.

Artículo 33.- Sensibilización y formación.

Las entidades públicas, en el marco de sus competencias y usando sus plataformas y programas vigentes, incorporarán contenidos de sensibilización contra la gordofobia en procesos de formación interna, educación continua y campañas públicas, sin generar gasto adicional.

TÍTULO VI

SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL SOCIAL

CAPÍTULO I – INFORMACIÓN, EVALUACIÓN Y TRANSPARENCIA

Artículo 34.- Sistema de información y monitoreo.

El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el marco de sus competencias y utilizando estructuras técnicas ya existentes, incorporarán indicadores específicos de prevalencia, atención, tratamiento, morbilidad y comorbilidades asociadas a obesidad mórbida, con desagregación por edad, sexo, región y nivel socioeconómico. Esta información será insumo para la planificación nacional de salud.

Artículo 35.- Registro nacional de personas con obesidad mórbida.

La Autoridad Sanitaria Nacional implementará un módulo específico sobre obesidad mórbida dentro de los sistemas electrónicos de historia clínica unificada y los registros epidemiológicos ya vigentes, a fin de mejorar la identificación, seguimiento, tratamiento y monitoreo integral, sin crear nuevas plataformas ni requerir financiamiento adicional.

Artículo 36.- Evaluación de políticas públicas.

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el CONASA y las instituciones del Sistema Nacional de Salud, evaluará cada dos años el impacto de las políticas, programas y estrategias relacionadas con la atención integral de la obesidad mórbida, utilizando metodologías de evaluación institucional, sin implicar contratación adicional de consultores o técnicos externos.

Artículo 37.- Participación ciudadana con incidencia y control social.

Se garantiza la participación efectiva de las personas que viven con obesidad (en cualquiera de sus fases), sus organizaciones y redes, así como de colectivos de derechos humanos, academia, gremios profesionales y ciudadanía en general, en la implementación, seguimiento y evaluación de esta Ley.



Artículo 38.- Transparencia y acceso a la información.

Las instituciones obligadas por esta Ley deberán publicar anualmente, en sus portales oficiales, información consolidada sobre avances, brechas, estadísticas y acciones desarrolladas en cumplimiento de la presente normativa, en formatos abiertos y accesibles, conforme a la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Artículo 39.- Coordinación institucional.

La articulación de las acciones previstas en esta Ley será responsabilidad de los órganos competentes del Sistema Nacional de Salud, con apoyo de los mecanismos intersectoriales ya establecidos, como el Consejo Nacional de Salud, las mesas intersectoriales de inclusión y salud, y los sistemas locales de salud, sin generar estructuras paralelas ni erogaciones nuevas.

Artículo 40.- Control de títulos y especializaciones profesionales.

Ministerio de Educación, Cultura y Deportes ejercerá el control y vigilancia del cumplimiento de los requisitos de formación académica, habilitación profesional y especialización técnica de las personas que ofrezcan servicios en el ámbito de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la obesidad mórbida.

Para este efecto, la SENESCYT:

- a) Mantendrá actualizados los registros de títulos, certificados y programas de formación relacionados con nutrición clínica, medicina bariátrica, psicología especializada, cirugía metabólica, fisioterapia y demás disciplinas vinculadas al abordaje de la obesidad mórbida;
- b) Coordinará con el Ministerio de Salud Pública y los colegios profesionales el monitoreo de buenas prácticas y la detección de ofertas académicas no reconocidas o fraudulentas; y,
- c) Remitirá a la Autoridad Sanitaria Nacional los casos en que se evidencie ejercicio profesional no autorizado, publicidad engañosa o acreditaciones carentes de validez;

DISPOSICIONES TRANSITORIA

Primera.-

Las disposiciones de esta Ley son complementarias a la Constitución de la República del Ecuador, los tratados internacionales de derechos humanos, la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica de Educación Intercultural, la Ley Orgánica del Trabajo, la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, la Ley Orgánica de Discapacidades y demás normativa conexas.

Segunda.-

Las autoridades competentes emitirán los actos normativos, resoluciones técnicas o administrativas que se requieran para la adecuada aplicación de esta Ley, en el marco de

sus atribuciones, capacidades técnicas y disponibilidad institucional, sin que esto implique asignaciones presupuestarias extraordinarias.

Tercera.-

En un plazo no mayor a seis meses contados desde la publicación de esta Ley, el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el IESS, la Comisión Técnica del CONASA, ARCSA y el Ministerio del Trabajo, elaborarán un protocolo técnico interinstitucional para la atención integral de personas con obesidad mórbida, que deberá considerar guías clínicas nacionales e internacionales (IFSO, OMS, OPS, ASMBS, The Lancet 2025).

Cuarta.-

En un plazo máximo de doce meses, el MSP incorporará los códigos clínicos y funcionales necesarios para el diagnóstico de obesidad mórbida en el sistema de historia clínica unificada, sin que esto implique la adquisición de nuevas plataformas tecnológicas ni contratación de personal adicional.

Quinta.-

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las universidades y los organismos rectores de educación superior, promoverá la inclusión de contenidos sobre obesidad mórbida y discriminación por corporalidad en los programas de medicina, psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, y derecho, sin que esto represente aumento de presupuesto o creación de nuevas cátedras.

Sexta.-

El Ministerio de Salud Pública deberá presentar a la Asamblea Nacional, al finalizar el segundo año de vigencia de esta Ley, un informe de evaluación sobre su implementación, avances, brechas y recomendaciones, en coordinación con las entidades involucradas.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.-

En el plazo de 180 días contados a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, el Ministerio de Salud Pública expedirá, mediante acuerdo ministerial, el reglamento para su aplicación, con base en el principio de eficiencia, sin generar gasto público adicional ni duplicar estructuras administrativas.

La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial. Dado y suscrito en la Asamblea Nacional, en el Distrito Metropolitano de Quito a los ocho días del mes de octubre del año dos mil veinte y cinco.