

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

[DOI 10.35381/noesisin.v7i1.457](https://doi.org/10.35381/noesisin.v7i1.457)

Derecho a la salud y cláusulas en pólizas de medicina prepagada en el cantón Quito

Right to health and clauses in prepaid medical insurance policies in the canton of Quito

Karen Elizabeth Carpio-Freire

ds.karenecf72@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0007-9874-4639>

Wilson Yovanny Merino-Sánchez

direccionpuyo@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-4761-7617>

Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

pg.docenterdr@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-8374-0386>

Recibido: 15 de abril 2025

Revisado: 15 de mayo 2025

Aprobado: 15 de julio 2025

Publicado: 01 de agosto 2025

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

RESUMEN

La investigación partió de la premisa de que la salud es un derecho fundamental que requiere garantías efectivas por parte del Estado, en un contexto en el que la población de Quito recurrió a pólizas de medicina prepagada entre 2018 y 2020. El objetivo fue analizar las implicaciones jurídicas y sociales de las cláusulas incluidas en dichos contratos frente al derecho a la salud. Se aplicó un enfoque cualitativo, basado en la revisión documental, el análisis de normativa constitucional y la observación de información estadística oficial. Los resultados mostraron que las cláusulas contractuales limitaron el acceso a coberturas, generando inconformidad en los usuarios y contradicciones con el carácter irrenunciable de la salud pública. Se concluyó que, aunque las pólizas privadas ofrecieron una alternativa frente a las deficiencias del sistema estatal, las condiciones contractuales ambiguas vulneraron derechos constitucionales y revelaron la necesidad de un marco regulatorio más claro y garantista.

Descriptores: Derecho a la salud; seguros médicos; seguridad social; legislación sanitaria. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

The research was based on the premise that health is a fundamental right that requires effective guarantees from the State, in a context in which the population of Quito resorted to prepaid medical policies between 2018 and 2020. The objective was to analyze the legal and social implications of the clauses included in these contracts in relation to the right to health. A qualitative approach was applied, based on document review, analysis of constitutional regulations, and observation of official statistical information. The results showed that the contractual clauses limited access to coverage, generating dissatisfaction among users and contradictions with the inalienable nature of public health. It was concluded that, although private policies offered an alternative to the deficiencies of the state system, the ambiguous contractual conditions violated constitutional rights and revealed the need for a clearer and more protective regulatory framework.

Descriptors: Right to health; health insurance; social security; health legislation. (UNESCO Thesaurus).

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud ha sido reconocido a nivel internacional como un componente esencial del bienestar humano y del desarrollo social. La Declaración Universal de Derechos Humanos estableció en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar (Organización de las Naciones Unidas, 1948). Este reconocimiento fue ampliado por diversos instrumentos internacionales y se ha incorporado en las constituciones de varios países latinoamericanos, incluido el Ecuador.

En el caso ecuatoriano, la Constitución de la República del Ecuador (2008) consagró en su artículo 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado, vinculado al ejercicio de otros derechos como el acceso al agua, la alimentación, la educación y la seguridad social. Asimismo, en su artículo 34 se reafirma que la seguridad social es un derecho irrenunciable, lo que refuerza la naturaleza universal y obligatoria de la cobertura en salud.

La teoría del derecho a la salud se sustenta en la idea de que no se trata únicamente de la ausencia de enfermedad, sino de la obligación estatal de garantizar condiciones materiales, sociales y jurídicas para acceder a servicios de calidad. Según Figueroa García (2013), este derecho implica obligaciones de carácter preventivo, asistencial y rehabilitador. En la práctica, la efectividad del derecho a la salud depende de políticas públicas, financiamiento adecuado y un marco normativo coherente con los principios constitucionales (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La medicina prepagada, como modalidad de seguro privado, surge como un mecanismo complementario a la oferta pública. Villacreses Valencia (2021) señala que en Ecuador apareció hace más de cuatro décadas como un mercado con escasa competencia, en el cual los usuarios pagan cuotas periódicas para acceder a servicios médicos específicos. Sin embargo, la falta de cultura de aseguramiento y la desconfianza hacia las aseguradoras han limitado su alcance.

La Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2016) establece que estas entidades deben financiar exclusivamente la atención integral de salud estipulada en sus contratos. De la Pared Coloma (2017) al estudiar el desarrollo estratégico de una empresa de medicina prepagada, identificó patrones de comportamiento empresarial que influyen directamente en el diseño de cláusulas contractuales, orientando sus políticas hacia la eficiencia operativa más que hacia la protección del usuario. El diseño de tales contratos ha generado tensiones, pues en muchos casos las cláusulas limitan el acceso a servicios, incluso cuando la Constitución establece que la salud es irrenunciable.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional del Ecuador ha destacado que el derecho a la salud es complejo y diverso, lo que implica la obligación estatal de brindar servicios preventivos, curativos y de rehabilitación (Jiménez, 2021). Sin embargo, estudios recientes evidencian que la coexistencia de servicios públicos y privados genera segmentación y fragmentación del sistema (Molina Guzmán, 2019). Esto se traduce en inequidades en el acceso y en contradicciones entre los derechos constitucionales y la práctica contractual de las aseguradoras.

En el período 2018–2020, en Quito, los usuarios de medicina prepagada presentaron reclamos administrativos por cláusulas ambiguas que condicionaban la cobertura al uso de servicios públicos, lo cual generó inconformidad y cuestionamientos sobre la constitucionalidad de tales disposiciones (Zambrano, 2024). Estas tensiones se agravaron con la crisis del sistema público durante la pandemia, evidenciando la fragilidad del marco regulatorio.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el derecho a la salud de la población de Quito frente a las cláusulas establecidas en las pólizas de medicina prepagada en el período 2018–2020. La finalidad fue determinar en qué medida dichas disposiciones contractuales afectaron el ejercicio de un derecho constitucional irrenunciable. Este análisis permitió identificar contradicciones entre el marco legal y la práctica contractual,

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

evaluar la respuesta institucional frente a los reclamos ciudadanos y proponer la necesidad de un marco regulatorio más claro y garantista.

MÉTODO

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, orientado a comprender fenómenos sociales y jurídicos a partir de la interpretación de significados, percepciones y normativas (Rodríguez Gómez et al., 1996). Este paradigma permitió analizar las tensiones entre el derecho a la salud y las cláusulas contractuales de la medicina prepagada en el cantón Quito.

Se empleó un diseño descriptivo y analítico. El nivel descriptivo permitió caracterizar el marco normativo y contractual, mientras que el analítico facilitó identificar contradicciones con el orden constitucional (Bernal et al., 2003). El carácter no experimental se debió a que no se manipularon variables, sino que se trabajó con datos documentales y registros existentes.

Se utilizó la técnica de observación documental, consistente en la revisión de la legislación nacional, resoluciones de la Corte Constitucional, doctrina especializada y normativa regulatoria de las compañías de medicina prepagada. Como instrumento, se aplicó una ficha de análisis bibliográfico que permitió sistematizar la información en categorías temáticas.

Las fuentes primarias incluyeron la Constitución de la República del Ecuador, leyes específicas, resoluciones judiciales y reglamentos administrativos. Las fuentes secundarias estuvieron conformadas por artículos científicos, informes institucionales y estadísticas oficiales emitidas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Se recopilaron documentos normativos y datos estadísticos del período 2018–2020. Posteriormente, la información fue organizada en matrices temáticas y analizada mediante categorías jurídicas y sociales. Este procedimiento permitió establecer la relación entre las cláusulas contractuales y las disposiciones constitucionales, así como

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

los efectos percibidos en la población de Quito.

RESULTADOS

Panorama de los establecimientos de salud

En Ecuador se registraron en 2021 un total de 630 establecimientos de salud con internación hospitalaria, de los cuales 182 correspondieron al sector público y 446 al privado (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2022). La tendencia histórica mostró una reducción progresiva de establecimientos, tanto públicos como privados, lo que evidencia un proceso de concentración de la oferta sanitaria. Esta reducción repercutió en la capacidad de atención de la red pública y en la dependencia de servicios privados.

Operadores privados de seguros y medicina prepagada

Para 2018 existían 36 aseguradoras privadas en Ecuador para una población estimada en 16 millones de habitantes. Para la obtención de información del objeto de estudio de esta investigación, se utilizó la base de datos disponible a través de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, por ser la institución técnica de regulación y supervisión del sistema comercial. A través de la siguiente tabla, se puede observar el listado de las compañías de seguros médicos que tuvieron ingresos referentes al ramo de asistencia médica en el año 2018. La Tabla 1 presenta el listado de las compañías de seguros médicos que tuvieron ingresos referentes al ramo de asistencia médica en el año 2018.

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

Tabla 1.
Compañías de seguros médicos en el 2018.

N°	Razón Social	Estado del Ramo de Asistencia Médica
1	BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.	Activo
2	GENERALI ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	Activo
3	CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS	Activo
4	BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	Activo
5	LATINA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS C.A.	Activo
6	LA UNIÓN COMPAÑÍA NACIONAL DE SEGUROS S.A.	Activo
7	LONG LIFE SEGUROS LLS EMPRESA DE SEGUROS S.A.	No Activo
8	ROCAFUERTE SEGUROS S.A.	Activo
9	SEGUROS SUCRE S.A.	Activo
10	SEGUROS UNIDOS S.A.	Activo
11	Panamerican LIFE Ecuador	Activo
12	SEGUROS PICHINCHA	No Activo
13	ACE SEGUROS S.A.	No Activo
14	MAPFRE ATLAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	No Activo
15	EQUIDVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	No Activo

Elaboración: Los autores.

El total de establecimientos de salud en 2018 alcanzó 698, de los cuales 524 fueron privados y 174 públicos. Esta distribución evidenció el peso del sector privado en la provisión de servicios.

Gasto en salud y sostenibilidad

En 2019 el gasto en salud prepagada ascendió a 581 millones de dólares, equivalente al 12% del gasto total en salud del país. De este total, el 80% correspondió a facturación de medicina prepagada y el 20% a primas de aseguradoras. Estas cifras reflejaron el peso creciente del sector privado en la economía de la salud. Sin embargo,

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

se registró también una desvinculación de personal sanitario con un costo de 39 millones de dólares, lo cual redujo la capacidad del sistema público y generó presión sobre los usuarios para contratar servicios privados (Báez Valencia, 2020).

Reclamos administrativos en el cantón Quito

Entre 2018 y 2020 se registraron reclamos administrativos por parte de usuarios de medicina prepagada en Quito, relacionados con la negativa de cobertura y la aplicación de cláusulas ambiguas. La información oficial señaló un promedio de más de 80 resoluciones anuales desfavorables a los usuarios, lo cual reflejó el impacto de las disposiciones contractuales en la población (Zambrano, 2024).

Análisis jurídico de las cláusulas contractuales

Las cláusulas más controvertidas fueron aquellas que condicionaron la cobertura del seguro privado al uso de la red pública, consumiendo así la póliza contratada. La Corte Constitucional ha considerado que tales disposiciones contradicen el principio de irrenunciabilidad del derecho a la salud (Jiménez, 2021). Además, la Superintendencia de Compañías prohibió cláusulas ambiguas y contradictorias mediante la Resolución SCVS-INS-2018-007 (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros del Ecuador, 2018) estableciendo que estas deben interpretarse siempre en beneficio del asegurado. Los resultados evidenciaron que, aunque la medicina prepagada ofreció una alternativa de acceso en el contexto de deficiencias del sistema público, la ambigüedad de sus cláusulas y la insuficiente regulación estatal generaron vulneraciones al derecho constitucional a la salud.

DISCUSIÓN

El análisis realizado permitió evidenciar la tensión existente entre el derecho a la salud como principio constitucional y las cláusulas contractuales de las pólizas de medicina prepagada en Quito durante el período 2018–2020. La coexistencia de un sistema público debilitado y un sector privado en expansión derivó en contradicciones que afectaron la equidad y la universalidad en el acceso a los servicios de salud. Según

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

Jiménez (2021) la salud es un derecho de contenido complejo, que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que exige medidas preventivas, asistenciales y de rehabilitación. Sin embargo, los resultados mostraron que las cláusulas de consumo de cobertura en la red pública contravinieron el principio de irrenunciabilidad del derecho.

La literatura especializada coincide en señalar que la segmentación y fragmentación del sistema de salud ecuatoriano ha limitado la eficacia de las políticas públicas. Molina Guzmán (2019) argumenta que estas condiciones estructurales dificultan la implementación de estrategias de gobernanza y reducen la capacidad estatal de regular el mercado privado. En la misma línea, Báez Valencia (2020) advirtió que la reducción del gasto público en infraestructura y personal sanitario debilitó la respuesta del sistema en momentos de alta demanda, obligando a una parte de la población a recurrir a seguros privados.

La normativa vigente, en particular la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica estableció controles estrictos para garantizar la transparencia y calidad del servicio. No obstante, la existencia de cláusulas ambiguas demuestra que dichos controles no fueron suficientes para evitar prácticas contractuales que perjudicaron a los asegurados. La Superintendencia de Compañías dispuso que las cláusulas poco claras deben interpretarse siempre en beneficio del usuario, pero en la práctica persistieron interpretaciones restrictivas que afectaron el acceso a prestaciones.

En el ámbito social, la desconfianza hacia los seguros de salud en Ecuador persiste desde hace décadas (Ortiz Culcay et al., 2022). Esta percepción se profundizó cuando los reclamos administrativos no fueron resueltos favorablemente, generando la impresión de que la contratación de seguros privados no garantizaba un servicio oportuno ni justo. Además, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la fragilidad del sistema público y la necesidad de repensar la complementariedad entre lo público y lo privado.

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

En conclusión, los hallazgos de este estudio confirman que, aunque la medicina prepagada constituye una alternativa para aliviar la presión sobre el sistema estatal, su marco contractual presenta vacíos que vulneran derechos constitucionales. La experiencia de Quito demuestra que la regulación debe orientarse hacia una mayor claridad y equilibrio, fortaleciendo la función protectora del Estado y garantizando la efectividad del derecho a la salud como principio irrenunciable y universal.

CONCLUSIONES

El análisis realizado sobre las cláusulas de las pólizas de medicina prepagada en el cantón Quito durante el período 2018–2020 permitió confirmar la existencia de tensiones entre la práctica contractual de las aseguradoras y el derecho constitucional a la salud. Los resultados evidenciaron que, aunque la medicina prepagada se constituyó en una alternativa frente a las limitaciones del sistema público, sus disposiciones contractuales generaron restricciones que afectaron la cobertura y vulneraron el principio de irrenunciabilidad de este derecho.

La coexistencia de un sistema público debilitado y un sector privado en crecimiento reforzó la desigualdad en el acceso a los servicios, consolidando un modelo segmentado y fragmentado. Los reclamos administrativos presentados por los usuarios reflejaron la falta de claridad en las cláusulas y la insuficiencia de los mecanismos de control para proteger a los asegurados.

En consecuencia, se concluye que resulta indispensable fortalecer la regulación estatal, garantizar mayor transparencia en los contratos de medicina prepagada y asegurar la complementariedad entre los servicios públicos y privados. Solo a través de un marco jurídico claro, coherente y orientado al interés social será posible garantizar la efectividad del derecho a la salud como principio universal, integral e irrenunciable.

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTOS

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2016). *Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica* (Registro Oficial Suplemento N.º 863, 17 de octubre de 2016). <https://n9.cl/k5v315>
- Báez Valencia, J. (2020). En 2019 la inversión en despidos del sector salud es más alta que la inversión en infraestructuras, equipamiento y mantenimiento. *Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Central del Ecuador*. <https://n9.cl/h19q3q>
- Bernal, G., García, M., García, P., y Marcela, D. (2003). *Metodología de la investigación jurídica y socio jurídica*. Uniboyacá – Centro de Investigación para el Desarrollo. <https://n9.cl/pufvr>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008*. <https://n9.cl/0htxsy>
- De la Pared Coloma, E. G. (2017). *Análisis del desarrollo de la estrategia en una organización de servicios: Estudio de caso de empresa de medicina prepagada* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <https://n9.cl/63kvp>
- Figueroa García, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios Constitucionales*, 11(2), 283-332. <https://n9.cl/jthd0>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022). *Boletín técnico: Cuentas Satélite de Salud 2007–2021*. <https://n9.cl/c7b6c>
- Jiménez, E. F. G. (2021). Sentencia n.º 904-12-JP/19 (negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica). *FORO: Revista de Derecho*, (35), 85-104. <https://doi.org/10.32719/26312484.2021.35.5>

Karen Elizabeth Carpio-Freire; Wilson Yovanny Merino-Sánchez; Ramiro Nanac Delgado-Rodríguez

- Molina Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 63/23(1), 185-205. <http://hdl.handle.net/10469/14657>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos* (Resolución 217 A [III]). <https://n9.cl/imy5>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Cobertura sanitaria universal*. Organización Mundial de la Salud. <https://n9.cl/zgk7>
- Ortiz Culcay, O., Fernández García, C., y Pérez Rico, C. (2022). Análisis de cobertura de medicina prepagada en Pichincha (2019–2020). *Ciencia UNEMI*, 15(38), 1-13. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol15iss38.22pp1-13p>
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2da ed.). Aljibe. <https://n9.cl/5gc4>
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros del Ecuador. (2018). *Normas para la determinación de cláusulas obligatorias y prohibidas en los contratos de seguros de asistencia médica y medicina prepagada* (Resolución SCVS-INS-2018-007) <https://n9.cl/xmy30>
- Villacreses Valencia, C. A. (2021). Los seguros de medicina prepagada. *UDA Law Review*. <https://n9.cl/um3qy>
- Zambrano, L. (2024). Seguro médico privado: ¿beneficio o calvario? *Expreso*. <https://n9.cl/3hmf4x>