FIOCRUZ | Brasília
Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario
ISSN: 2358-1824

Artículo

El derecho a la salud en las Constituciones de Brasil (1988) y Ecuador (2008): un análisis comparado de su constitucionalización y desarrollo en políticas públicas

O direito à saúde nas Constituições do Brasil (1988) e Equador (2008): uma análise comparada da constitucionalização e desenvolvimento em políticas públicas

The right to health in the Constitutions of Brazil (1988) and Ecuador (2008): a comparative analysis of its constitutionalization and development in public policies

Luz Angela Tarazona Vélez[1]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0003-0304-3906
luz.velez@icj.ufpa.br

Vladimir German Bazante Pita[2]
Instituto de Altos Estudios Nacionales, Equador.
https://orcid.org/0000-0001-6812-3697
vladimir.bazante@iaen.edu.ec

Eliana Maria de Souza Franco Teixeira[3]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0002-7979-2404
elianafranco@ufpa.br

Resumen

Objetivo: analizar, desde una perspectiva comparada, el derecho a la salud en las Constituciones de Brasil, 1988, y Ecuador, 2008, examinando cómo su configuración normativa y la proyección en políticas públicas inciden en la efectivización y garantía de este derecho bajo los paradigmas del Estado Social y el Sumak Kawsay (Buen Vivir). **Metodología:** se trató de una investigación con enfoque cualitativo y de derecho comparado. Se analizaron las Constituciones de Brasil, 1988, y Ecuador, 2008, como fuentes primarias, junto con indicadores de plataformas gubernamentales y los datos de la Organización Panamericana de la Salud para evaluar la materialización de las políticas públicas en salud. **Resultados:** se identificó que las Constituciones analizadas establecen la salud como un derecho universal (Brasil) y decolonial (Ecuador). La implementación de políticas públicas (Sistema Único de Salud e Intercultural) permitió la efectivización del derecho a la salud, reflejada en la mejora de indicadores de vida (mortalidad y esperanza de vida) y en la validación normativa de los saberes ancestrales. **Conclusión:** la constitucionalización del derecho a la salud en Brasil, 1988, y en Ecuador, 2008, permitió la superación de modelos de salud previos; transitando en Brasil desde un sistema basado en la contribución laboral o la caridad hacia un derecho universal a ser garantizado por el Estado, y en Ecuador hacia un enfoque transversal e intercultural. La efectivización en Brasil mediante la fortaleza institucional del Sistema Único de Salud y en Ecuador se logra a través de la

[1] Estudiante de Doctorado en Derecho, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[2] Maestría en Política Comparada, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Pichincha, Ecuador. Profesor, Instituto Nacional de Estudios Superiores, Pichincha, Ecuador.
[3] Doctor en Derecho, Universidade Federal do Pará, PA, Brasil. Profesor, Universidad Federal de Pará, Belém, PA, Brasil.

CC BY
OPEN ACCESS

descolonización del saber médico en los territorios de los pueblos ancestrales y su sostenibilidad depende de una voluntad política que garantice la debida asignación presupuestaria.
Palabras clave: Derecho a la Salud; Legislación de Salud; Políticas Públicas; Derecho Internacional; Brasil y Ecuador.

Resumo

Objetivo: analisar, sob uma perspectiva comparada, o direito à saúde nas Constituições do Brasil, 1988 e do Equador, 2008, examinando como sua configuração normativa e a projeção em políticas públicas incidem na efetivação e garantia desse direito sob os paradigmas do Estado Social e do Sumak Kawsay (Bem Viver). **Metodologia:** tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e de direito comparado. Foram analisadas as Constituições do Brasil, 1988, e do Equador, 2008, como fontes primárias, juntamente com indicadores de plataformas governamentais e os dados da Organização Pan-Americana da Saúde para avaliar a materialização das políticas públicas em saúde. **Resultados:** identificou-se que as Constituições analisadas estabelecem a saúde como um direito universal (Brasil) e decolonial (Equador). A implementação de políticas públicas (Sistema Único de Saúde e Intercultural) permitiu a efetivação do direito à saúde, refletida na melhoria de indicadores de vida (mortalidade e esperança de vida) e na validação normativa dos saberes ancestrais. **Conclusão:** a constitucionalização do direito à saúde no Brasil, 1988, e no Equador, 2008, permitiu a superação de modelos de saúde prévios; transitando no Brasil de um sistema baseado na contribuição trabalhista ou na caridade para um direito universal a ser garantido pelo Estado, e no Equador para uma abordagem transversal e intercultural. A efetivação no Brasil mediante a fortaleza institucional do Sistema Único de Saúde e no Equador se alcança por meio da descolonização do saber médico nos territórios dos povos ancestrais, e sua sustentabilidade depende de uma vontade política que garanta a devida dotação orçamentária.
Palavras-chave: Direito à Saúde; Legislação da Saúde; Políticas Públicas; Direito Internacional; Brasil e Equador.

Abstract

Objective: to analyze, from a comparative perspective, the right to health in the Constitutions of Brazil, 1988, and Ecuador, 2008, examining how its normative configuration and projection into public policies impact the realization and guarantee of this right under the paradigms of the Social State and the Sumak Kawsay (Good Living). **Methodology:** it was a research with a qualitative and comparative law approach. The Constitutions of Brazil, 1988, and Ecuador, 2008, were analyzed as primary sources, along with indicators from government platforms and data from the Pan American Health Organization to evaluate the materialization of public health policies. **Results:** it was identified that the analyzed Constitutions establish health as a universal (Brazil) and decolonial (Ecuador) right. The implementation of public policies (Unified Health System and Intercultural) allowed for the realization of the right to health, reflected in the improvement of life indicators (mortality and life expectancy) and in the normative validation of ancestral knowledge. **Conclusion:** the constitutionalization of the right to health in Brazil, 1988, and in Ecuador, 2008, allowed for the overcoming of previous health models; transitioning in Brazil from a system based on labor contribution or charity to a universal right to be guaranteed by the State, and in Ecuador toward a transversal and intercultural approach. The realization in Brazil through the institutional strength of the Unified Health System and in Ecuador is achieved through the decolonization of medical knowledge within the territories of ancestral peoples, and its sustainability depends on a political will that guarantees the proper budget allocation.
Keywords: Right to Health; Health Legislation; Public Policies; International Law; Brazil and Ecuador.

Introducción

Tras la Segunda Guerra Mundial, se produce un reposicionamiento de los derechos humanos a nivel global. Entre estos avances se destaca la incorporación de una nueva mirada del derecho a la salud como derecho humano, que es impulsada por la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que entró en vigencia en el año de 1948. Es a partir de allí que las constituciones a nivel mundial inician el reconocimiento de la salud como un derecho humano. En Europa, la Constitución de Italia[4] de 1948[(1)] fue una de las primeras constituciones en incorporar el derecho a la salud como derecho humano (art.32); seguida por otras constituciones europeas como la de Portugal y la de España, que profundizaron su protección en el marco del Estado social.

Dentro del contexto latinoamericano, la Constitución de Brasil (CB) marca un hito, al incorporar el reconocimiento de la salud como un derecho humano, con plena posibilidad de ser justiciable. La salud constitucionalmente es concebida como un derecho-deber: derecho ciudadano que debe ser garantizado por el Estado. Esta responsabilidad constitucional ha permitido que Brasil sea reconocido internacionalmente como un referente en temas de salud pública, al implantar un efectivo sistema de salud pública, denominado SUS (Sistema Único de Salud), un modelo de cobertura universal e integral que busca materializar el mandato constitucional en políticas públicas efectivas, que persiguen mitigar las desigualdades sociales en el acceso a la vida y el bienestar[(2)].

El abordaje de la salud dentro del constitucionalismo brasileño se desarrolla dentro de un modelo de salud justiciable que permite que la población exija su cumplimiento por intermedio de los tribunales[(3)]. Este sistema hace contraposición a modelos más recientes incorporados por el Nuevo Constitucionalismo Latinoamericano (NCL), como es el caso de la Constitución de Ecuador (CRE). Aunque esta última se encuadra también dentro de las constituciones contemporáneas de Latinoamérica, incorpora una nueva perspectiva decolonial al incorporar la sabiduría de los pueblos y nacionalidades indígenas dentro de un modelo de Salud integral y transformador, fundamentado en las cosmovisiones indígenas del *Sumak Kawsay* (Buen Vivir)[(4)].

Ante estos escenarios, la presente investigación tiene como objetivo general analizar, desde una perspectiva comparada, el derecho a la salud en las Constituciones de Brasil de 1988 y Ecuador de 2008, examinando cómo su configuración normativa y la proyección en políticas públicas inciden en la efectivización y garantía de este derecho bajo los paradigmas del Estado Social y el *Sumak Kawsay* (Buen Vivir). Específicamente, se pretende identificar, a partir de la CB y la CRE, la superación paradigmática de los modelos de salud previos; constatar la materialización de los preceptos constitucionales mediante el análisis de indicadores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y finalmente, discutir los mecanismos de implementación, institucionales y normativos que permiten la transición hacia una salud con enfoque social e intercultural.

De esta forma, la investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿De qué manera la configuración normativa del derecho a la salud en las Constituciones de Brasil y Ecuador ha incidido en la efectivización de este derecho a través de sus respectivos modelos de salud pública?

Este análisis permite vislumbrar la importancia de las diferentes construcciones gnoseológicas y experiencias sobre el abordaje del derecho a la salud. El ejercicio permite evidenciar cómo estas dos experiencias constitucionales enriquecen y fortalecen la garantía del derecho a la salud a partir de la

[4] En el artículo 32 la Constitución Italiana "La República protege la salud como derecho fundamental de la persona …"[(1)]

DOI https://doi.org/10.17566/ciads.e2026033

efectivización de las normas jurídicas, con la concretización de las políticas públicas, permitiendo evaluar su incidencia en el avance de los indicadores de salud conforme a los estándares de la OPS.

Esta investigación tiene como objetivo analizar, desde una perspectiva comparada, el derecho a la salud en las Constituciones de Brasil, 1988, y Ecuador, 2008, examinando cómo su configuración normativa y la proyección en políticas públicas inciden en la efectivización y garantía de este derecho bajo los paradigmas del Estado Social y el Sumak Kawsay (Buen Vivir).

Metodología

Se trató de una investigación exploratoria y descriptiva con base documental y bibliográfica, haciendo uso de un enfoque cualitativo y de derecho comparado. La selección de estos dos textos constitucionales respondió a la relevancia de estas constituciones dentro del proceso creativo del constitucionalismo latinoamericano contemporáneo y a la representatividad de sus modelos (Estado Social y Decolonial). Asimismo, la elección se fundamentó en la vinculación de las investigadoras (Brasil) y el investigador (Ecuador) con el objeto de estudio, al ser residentes y usuarios de los sistemas analizados, que permite complementar el análisis documental con el conocimiento situado.

El proceso de investigación se desarrolló en tres etapas: la primera etapa abarcó el aspecto cualitativo, donde se realizó el análisis del derecho constitucional comparado y la revisión bibliográfica. Dentro del análisis de derecho constitucional comparado, se establecieron cinco indicadores de comparación: el paradigma político, el alcance gnoseológico, la configuración normativa, el modelo de sistema para la política pública y los niveles de efectivización (judicialización e interculturalidad). Para abordar el estudio de Brasil, se examinó el Título VIII relativo al Orden Social, en su Capítulo II sección II De la Salud, concentrando el análisis en los artículos 196 al 200, Sección constitucional dedicada a la Salud. Para realizar el abordaje de Ecuador, el análisis se concentró en los artículos 32 y 358 a 366, que integran a la salud bajo el paradigma del *Sumak Kawsay* (Buen Vivir), el cual se encuentra reconocido de manera transversal en la Constitución de la República del Ecuador de 2008 y se está expresado particularmente en el Título II, Capítulo Segundo, "Derechos del Buen Vivir", donde la salud es concebida en articulación con otros derechos fundamentales, tales como el agua, la alimentación, el ambiente sano, la educación, el hábitat y la vivienda. El análisis se concentró principalmente en los artículos 32 y 358 a 366, que regulan el derecho a la salud, desde la visión del ‘Buen Vivir’[5].

La segunda etapa abarcó el análisis de los indicadores de la salud pública, correspondiente a cada país, obtenidos de las plataformas gubernamentales nacionales y de la OPS. Se comprendió el periodo de tiempo entre los años 2000 y 2024, seleccionando para la evaluación los indicadores: tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer para observar tendencias de efectividad, evaluados del periodo posterior a la entrada de vigencia de los textos constitucionales, (CB/88 y CRE/08). El análisis cuantitativo es de carácter descriptivo y se limita a identificar asociaciones temporales entre los marcos normativos y su efectivización, reconociendo que los datos pueden ser afectados por otros valores que los condicionen. En la tercera y última etapa, se aplicó la triangulación de los datos para contrastar la normativa constitucional con la efectivización de las políticas públicas.

Por tratarse de una investigación basada en documentos de acceso público y datos estadísticos agregados, el estudio no requirió sometimiento a un comité de ética con seres humanos, garantizando el rigor científico mediante la citación sistemática y el análisis crítico de las fuentes.

Resultados y discusión

El análisis se desarrolla a partir del estudio del derecho constitucional comparado, en donde se examinan la Constitución de Brasil de 1988 y la Constitución de Ecuador de 2008, con el objetivo de identificar las transformaciones en la concepción de la salud en Brasil y su transición desde modelos predominantemente asistencialistas y vinculados a la cobertura contributiva hacia un modelo social sobre paradigmas de la salud como derecho humano universal (Brasil) y el modelo de la salud ecuatoriana que incorpora una nueva forma de ver la salud como un todo vinculado al paradigma del *Sumak Kawsay* (Ecuador), que nos permita identificar en estos dos modelos algunas de sus innovaciones e impactos a partir de los indicadores de la OPS.

De este modo, el derecho a la salud analizado a partir de estas dos experiencias y del derecho constitucional comparado latinoamericano, nos permitió evidenciar dos formas paradigmáticas de abordar constitucionalmente el derecho a la salud: por un lado, una visión social en la misión de garantizar el derecho a la salud que ha dado resultados muy favorables en varios indicadores, y, por otro lado, una visión intercultural que procura reconocer prácticas y saberes ancestrales en los territorios de los pueblos ancestrales.

La primera, desde la visión social que observa la salud como un derecho a ser garantizado por el Estado brasileño, con un modelo biomédico, que aborda el atendimiento de las dolencias humanas, concibe el cuerpo como una máquina que debe ser ajustada o tratada al presentar alguna enfermedad. Si bien es cierto, el modelo biomédico ha conllevado al avance de la ciencia que ha permitido reducir la incidencia de muerte, cura o tratamiento de enfermedades, este modelo descarta otras variables que dan origen a las enfermedades (factores socio-económicos, afectivos y psicológicos, entre otros), por lo que dentro de su abordaje se tiende a "fragmentar al paciente" y distanciarse de la relación paciente-médico[6].

Dentro de la teoría constitucional en la región, Roberto Gargarella, destaca entre los aspectos positivos del constitucionalismo naciente del siglo XX, la incorporación y ampliación de los derechos económicos, sociales y culturales[7]. La consagración del derecho a la salud, como un derecho universal, gratuito y deber del Estado en la Constitución de Brasil de 1988, no constituyó una mera declaración, sino que se ha instituido en un compromiso normativo serio a favor de la igualdad y la justicia social[8,9]. Este reconocimiento constitucional ha permitido la ejecución de políticas públicas a favor de la salud, articuladas institucionalmente a través del SUS que ha servido de referencia en cuanto a su cobertura, operando como un mecanismo de inclusión social en Brasil que puede ser replicado en América Latina

La segunda modalidad, aunque mantiene un aspecto biomédico dentro del atendimiento médico, incorpora una nueva visión de decolonialidad e interculturalidad, la sabiduría indígena y comunitaria (Ecuador). Esta visión se enmarca en la que puede denominarse filosofía del Sumak Kawsay. El Sumak Kawsay, como nos indica Eugenio Zaffaroni, "es una expresión quechua, que significa buen vivir o pleno vivir y cuyo contenido no es otra cosa que la ética — no la moral individual — que debe regir a la acción del estado y conforme a la que también deben relacionarse las personas entre sí y en especial con la naturaleza" [5,10,11]. El reconocimiento de una ética diferente de aquellas relacionadas con las de tradiciones monoculturales marca un importante cambio de paradigma en lo que respecta a las visiones del mundo en disputa. El Ecuador estuvo profundamente marcado por prácticas que se expresaban, como expone Marcelo Bonilla, en "esquemas de acción, pensamiento y percepción dirigidos a consolidar el poder de funcionarios de la justicia ordinaria a través de sus actos y resoluciones, que

consagran una visión del mundo monocultural -la del Estado Nación ecuatoriano-, la misma que forma parte de la cultura dominante y mayoritaria" [12]. Si bien no puede afirmarse que dichas prácticas han sido desterradas a casi 20 años de vigencia de la actual Constitución, sí se puede afirmar que su texto posibilitó tener otros marcos referenciales que se traducen, en lo que respecta a este artículo, en diversos desarrollos normativos infraconstitucionales que serían inimaginables con otro texto constitucional. En todo caso, el reconocimiento de la otredad, de otras formas de ver y comprender el mundo, implica la legitimación de formas de vida y otros órdenes, como la justicia indígena[5,12], por ejemplo.

El cambio de visiones culturales inaugurado por la Constitución de 2008 permite, entonces, apreciar el valor de la otredad; Alejandro Medici resalta el valor de las culturas ancestrales de las comunidades andinas, cuya centralidad se relaciona con la dualidad inescindible del bienestar personal y social en la que se incluye la relación persona-sociedad-naturaleza[13]. Muestra de ello es que, precisamente, el derecho a la salud se lo considere, por mandato constitucional como parte de los derechos del buen vivir, es decir, como un derecho transversal cuyo ejercicio se relaciona con el ejercicio pleno de otros derechos que integran el Sumak Kawsay, y que, como se verá más adelante implica también un reconocimiento de prácticas relacionadas con la medicina ancestral o tradicional y la formas en que se llevan a efecto.

Para facilitar la comprensión del alcance de la constitucionalización de la salud entre ambos modelos, la tabla 1 sintetiza las categorías de análisis y los pilares analizados en la investigación:

Tabla 1. Pilares constitucionales fundamentales del derecho a la salud

Critério de Comparación	Constitución de la República Federativa del Brasil (1988)	Constitución de la República del Ecuador (2008)
Paradigma Político	**Estado Social de Derecho**. Visión de justicia social y redemocratización.	**Estado Plurinacional e Intercultural**. Visión decolonial bajo el *Sumak Kawsay*.
Concepto de Salud	**Derecho Social Universal**. Salud como "derecho de todos y deber del Estado".	**Derecho del Buen Vivir**. Salud como derecho transversal e interdependiente.
Articulado Específico	Artículos 196 al 200 (Sección II: De la Salud).	Artículos 32 y 358 al 366 (Régimen del Buen Vivir).
Modelo de Sistema-Política Pública (Efectivización)	**SUS (Sistema Único de Salud)**: Universal, descentralizado y gratuito.	**Sistema Nacional de Salud**: Integrador, intercultural y decolonial.

Alcance Gnoseológico	**Biomédico y Social**: Foco en la prestación universal y la prevención.	**Intercultural y Ancestral**: Reconocimiento de saberes y medicinas tradicionales.
Nivel de Aplicación	**Justiciabilidad Directa**: Fuerte tendencia a la judicialización de la salud.	**Desarrollo Infraconstitucional**: Enfoque en protocolos técnicos y respeto territorial.

Fuente: Elaboración propia, basada en el análisis de la Constitución de la República Federativa del Brasil (1988) y la Constitución de la República del Ecuador (2008).

La Constitución Federal de Brasil de 1988 (CB), conocida como "Constitución Ciudadana", surge dentro de un escenario de redemocratización tras décadas de dictadura militar[4,14]. Se posiciona dentro del constitucionalismo latinoamericano como la Constitución que inicia el primer avance hacia la construcción de un constitucionalismo innovador y propio; incorpora importantes avances a favor de los derechos y garantías ciudadanas, consolidando el Estado Democrático Social de Derecho[4,14]. Aunque la Constitución de Brasil se mantiene dentro del orden económico liberal, irrumpe en algunos de sus paradigmas, como el del derecho a la salud como deber moral regido por la política de contribución laboral. Transita hacia un derecho a la salud de carácter universal, descentralizado y gratuito con responsabilidad del Estado[4,9,14].

Esta transición paradigmática no fue una concesión gratuita del Estado, sino el resultado de la conquista democrática impulsada por el Movimiento de Reforma Sanitaria. Este movimiento logró que la salud dejará de ser un beneficio vinculado al seguro social contributivo del extinto Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS), materializándose la concepción de la salud como derecho humano y ciudadano, sustentado principalmente dentro de una nueva estructura de salud pública gratuita denominada Sistema Único de Salud (SUS), consolidado en la Ley Nº 8.080/1990[15]. Esto representó un importante avance en Latinoamérica, convirtiendo a Brasil en el primer país de la región en declarar la salud como un derecho humano garantizado por el Estado[2,4,9].

Dentro del análisis constitucional se destaca que la CB realiza una armoniosa organización de los derechos sociales en favor del bienestar y la justicia social. Entre estos, el Capítulo II consagra el derecho a la seguridad social, integrada de forma tripartita por el derecho a la salud, la previsión social y la asistencia social (Art. 194). Destacando el derecho a la salud como un servicio público gratuito y universal, enmarcado constitucionalmente en la sección II, la Constitución reserva una sección exclusiva dedicada al derecho a la Salud (artículos 196-200), lo cual evidencia la importancia dada por las y los constituyentes. Por otro lado, la previsión social se consolida como una entidad autónoma y de carácter contributivo de los trabajadores. Nace así un sistema de seguridad mixto, en donde convergen la responsabilidad estatal universal y el esfuerzo contributivo individual[8].

Los artículos 196 al 198 dan apertura a la incorporación del derecho a la salud como derecho humano, garantizado a través de políticas públicas y, a su vez, delimitan los principios que regirán este derecho, ellos son: la universalidad, la gratuidad, la descentralización, la participación de la comunidad y la integralidad. Esta articulación permite desplazar a la salud desde, una concepción vinculada a la política de servicio de seguro social contributivo y la caridad, hacia un escenario de derecho humano universal y obligación del Estado con posibilidad de justiciabilidad[8].

Dentro del escenario de la salud brasileña, aunque el Estado asume la responsabilidad de prestación del servicio, se mantiene la salud como un bien de mercado, por lo que se da apertura a la iniciativa privada para que aquellos que cuenten con capacidad económica tengan otras alternativas privadas, bajo la modalidad de salud suplementaria. (Art. 199)[8,16].

Esta prestación privada de servicios de salud también puede convertirse en un brazo extensor del servicio SUS a partir de convenios con entes privados que garanticen el acceso a servicios con los que la red de servicios de salud pública no cuente; lo que permite brindar una cobertura gratuita aún mayor al sistema de salud brasileño. Estos servicios se encuentran descentralizados y vinculados a la capacidad presupuestaria de cada uno de los municipios que conforman la Federación, por lo que el atendimiento y efectividad puede variar de un municipio a otro[8,9,16].

Se debe considerar que los fondos destinados a la salud, conforme a la CB, (art. 195, 196) no son infinitos y se encuentran limitados por el presupuesto asignado por la seguridad social, la Unión, de los estados, del Distrito Federal, de los municipios y otras fuentes[8].

Dentro de las prerrogativas constitucionales sobre el derecho a la salud en la CB, la falta de atención oportuna puede ser objeto de demanda judicial. No obstante, estos escenarios de judicialización han evidenciado casos de extralimitaciones del poder judicial que afectan el presupuesto público. Por ello, es necesario del judiciário una actuación responsable, el análisis de las consecuencias y que sus decisiones se basen en evidencia, para evitar contradicciones en la gestión estatal[9].

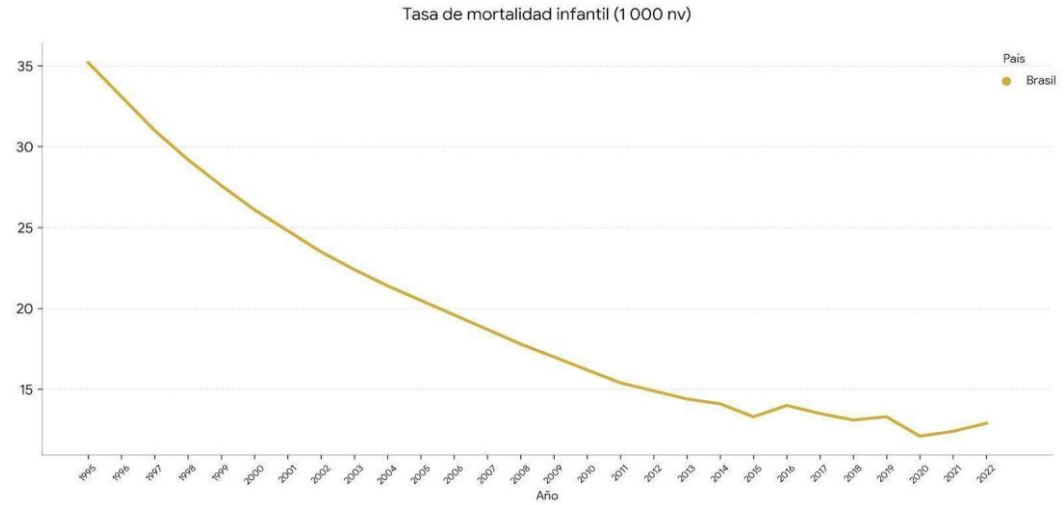
Se observó que este escenario de efectivización del derecho a la salud, consagrado en la CB, se ve sometido a una tensión permanente entre la expectativa de cumplir con esta garantía constitucional y las posibilidades reales y presupuestarias limitadas con las que dispone el gobierno, para el resguardo real de este derecho. Por ello, los procesos de judicialización se presentan como alternativas que en algunas ocasiones exceden la previsión presupuestaria[9,16].

Dentro de estos escenarios complejos que implica el resguardo al derecho a la salud, contemplados constitucionalmente por la CB, se presentan casos en los cuales no se da la cobertura en el SUS, lo que deriva en procesos de judicialización a fin de garantizar el acceso al derecho. Esto permite que el derecho a la salud se enfrente a desafíos constantes como consecuencia de su amplitud constitucional[9,14,16].

A pesar de las limitaciones económicas y/o presupuestarias, la constitucionalización del derecho a la salud como derecho humano y su efectivización a través de las políticas públicas (SUS), ha permitido una mejora en los indicadores de la OPS entre los años 2000 al 2024. Estos avances, posteriores a la Constitución de 1988, se evidencian en variables tales como: mortalidad infantil, esperanza de vida cuyo comportamiento y análisis presentamos a continuación:

Mortalidad Infantil: Entre el año 2000 y el 2022, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 26.10 a 12.90 por cada 1,000 nacidos vivos. Esta caída (Ver Gráfico 1) evidencia el impacto positivo a favor de la salud, tras la transición desde un modelo excluyente previo. Demuestra que el sistema universal y gratuito SUS, contribuyó a salvar vidas, favoreciendo la efectividad del derecho humano a la salud, consagrado en la CB, con una reducción superior al cincuenta por ciento de la mortalidad infantil.

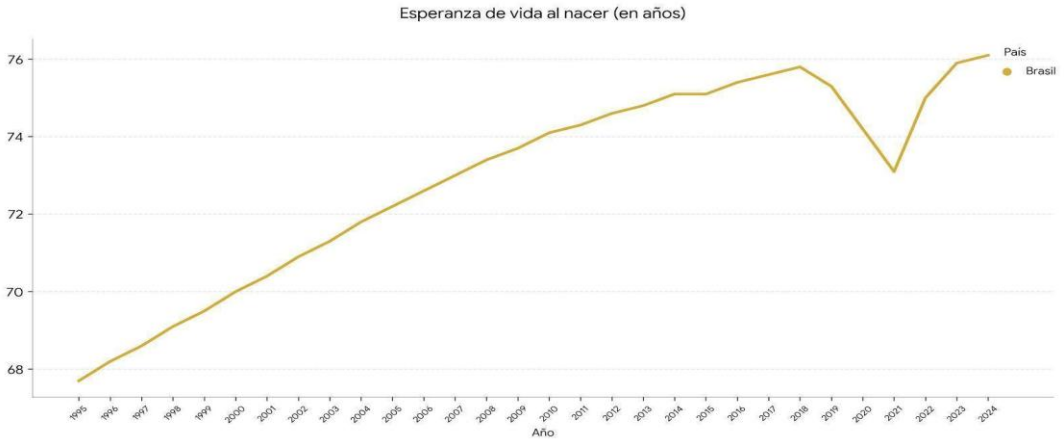
Gráfico 1. Mortalidad Infantil por 1000 nacidos. Brasil 1995-2022



Fuente: Organización Panamericana de la Salud Fuente: Organización Panamericana de la Salud [17].

Esperanza de Vida al Nacer: Se registró un incremento de 6,4 años en comparación con las cifras del 2000 (69,6), alcanzando una esperanza de vida de 76 años en 2024[17]. Este aumento en la longevidad refleja el impacto del SUS y la importancia de la sostenibilidad al acceso a servicios de salud gratuitos incide en una mejora de la calidad de vida.

Gráfico 2. Esperanza de Vida al Nacer en Brasil 2000-2024



Fuente: Organización Panamericana de la Salud Fuente: Organización Panamericana de la Salud [17].

Como se observa el reconocimiento del derecho a la salud en la CB representa un avance constitucional de gran importancia dentro del constitucionalismo latinoamericano, que permite la superación de preceptos que proyectaban a la salud vista desde la contribución o la caridad, pasando a una visión del derecho a la salud como un derecho a ser garantizado por el Estado, a través de políticas públicas, y con la posibilidad de que sea exigido judicialmente por los ciudadanos en caso de ser necesario.

Dentro de los escenarios del constitucionalismo latinoamericano, irrumpe el NCL, a partir de las constituciones de Venezuela, de 1999, de Ecuador, de 2008, y de Bolivia, de 2009[4]. El NCL incorpora dentro de los textos constitucionales nuevos paradigmas que visibilizan la sabiduría ancestral en todas las áreas de las ciencias humanas, especialmente en el ámbito de la Salud. De este modo, en la CRE, se trascienden de los escenarios biomédicos tradicionales hacia perspectivas integrales donde la salud es observada como un todo, en armonía con la naturaleza y la comunidad, con fin de alcanzar el *Sumak Kawsay* (Buen Vivir).

La salud en Ecuador está consagrada constitucionalmente como un derecho transversal que debe ser garantizado por el Estado. Dicha transversalidad implica, como se verá en breve, un fuerte contingente de disposiciones constitucionales que relaciona o condiciona el ejercicio del derecho a la salud, con los derechos del buen vivir. Esto significó superar la noción de la Constitución de 1998, que contenía limitaciones con respecto a la gratuidad de lo que se consideraba un servicio público, ya que se disponía que dichos servicios de salud serán públicos para quienes lo necesiten, y que la financiación de las entidades provendrá de quienes ocupen sus servicios y tengan capacidad de contribución económica[18].

Estas limitaciones económicas para el acceso al derecho a la salud fueron corregidas por la CRE, que cambió el enfoque basado en la diferenciación económica de quienes necesitaban atención médica, a uno plenamente universal, pero no solo en lo que respecta a atención per se, sino a un enfoque más armónico que reconocía diversas formas de comprender la salud. A dicho enfoque se le denomina derechos del Buen Vivir o *Sumak Kawsay*, en la medida en que se lo considera como un "sistema de vida que permite la armonía con la naturaleza" [5,11] e integra varios principios, entre los que destaca la pertenencia a una comunidad, ya que en el mundo andino el ser humano como individuo no existe sino en cuanto esté integrado en la comunidad[11].

Teniendo en cuenta ello, se comprende por qué la CRE estableció que los derechos, entre ellos la salud, no pueden realizarse de forma aislada, sino que requieren un conjunto interrelacionado de acciones en diversos ámbitos. De ello da cuenta el propio texto constitucional al señalar que todos los derechos y principios son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía[5].

La CRE dedica un capítulo íntegro (Título II, Capítulo II) para desarrollar los derechos específicos que se requieren para alcanzar el *Buen Vivir*, entre ellos, el agua y la alimentación, el ambiente sano, la comunicación e información, la cultura y ciencia, la educación, el hábitat y vivienda, la salud, y, el trabajo y la seguridad social[5].

Este cambio explícito de los marcos referenciales en la forma de concebir los derechos, de estrictamente individuales, a relacionales e interdependientes, se aprecia cuando se establece que la salud, al igual que los otros derechos detallados anteriormente, son una condición de la vida digna de las personas[5], que el agua es esencial para la vida[5], que la población tiene derecho a un ambiente sano y equilibrado[5], que la educación constituye una garantía de igualdad e inclusión[5], o que la salud, en particular, es un derecho que se vincula con el ejercicio de los derechos al agua, a la alimentación o a la educación[5], por ejemplo; todos ellos indispensables para la consecución del *Sumak Kawsay*.

No obstante, la relación e interdependencia del modelo del buen vivir no solo se circunscribe al ámbito de la salud con las características señaladas, sino que, en el caso ecuatoriano implica el reconocimiento de "otros" saberes en la medicina y su incorporación en el denominado "régimen del

buen vivir", por el cual, se articulan instituciones y programas con la finalidad de llevar a la práctica los enunciados señalados anteriormente.

Estos "otros" saberes de la medicina se traducen en el reconocimiento y en la obligación estatal de garantizar las "prácticas de salud ancestral y alternativa" respetando y promocionando el "uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos"[5,19]. Los saberes de medicina ancestral, principalmente, tuvieron un importante desarrollo normativo infralegal cuando, en 2017 se emitió el Acuerdo ministerial número 0082-2017 por el cual se reglamentó la "aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud"[19]. Es un desarrollo normativo importante si se tiene en cuenta que se dispone que el personal administrativo y profesionales de la salud conozcan palabras, frases y expresiones básicas del idioma utilizado en la zona en que se encuentra el servicio de salud[19], que si no es posible la comunicación se deba solicitar la presencia de un intérprete[19], o que se implemente señalética con traducción al idioma de las nacionalidades o pueblos presentes en el territorio[19].

Hay que destacar también prácticas como la "partería ancestral tradicional" recogida en un texto que es "un recurso de entendimiento cultural en salud" denominado Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador", emitido en 2020, en el que se detallan diversos procedimientos y especialidades de la medicina ancestral; o también, la Guía técnica para la atención de parto culturalmente adecuado, la cual, si bien es anterior a la Constitución de 2008, detalla los rituales, posiciones, vestimenta adecuada en el momento de dar a la luz, así como el significado de entrega de la placenta después del parto[20,21].

Sin embargo, el aspecto más destacado se relaciona con la implementación de los límites entre la medicina tradicional y la medicina ancestral, teniendo en cuenta que forman parte del mismo Sistema Nacional de Salud. Así, se desarrolla la obligación de conocimiento y respeto mediante la "articulación con los hombres y mujeres de sabiduría de medicina ancestral", disponiendo a los profesionales de la salud la aprobación de un Curso Virtual Sobre Salud e Interculturalidad[19]; o la obligación de respeto de los deseos de los pacientes de tratarse con la medicina ancestral, permitiéndose en los establecimientos de salud el ingreso del hombre o la mujer de sabiduría de la medicina ancestral[19,20].

Como se aprecia, la figura de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral, y sus diversas caracterizaciones[21], es central en la configuración del derecho a la salud y en la sanación de los miembros de la comunidad. No obstante, el Ministerio de Salud Pública, al ejercer la rectoría del sistema, también estableció límites relacionados con el "alta voluntaria" de pacientes cuando existan riesgos para la salud pública por causas sanitarias, o riesgos para la integridad física o psíquica de los pacientes[19].

En todo caso, el reconocimiento de la medicina ancestral por la Constitución de 2008 ha posibilitado el respeto y la práctica de los saberes ancestrales dentro de los establecimientos de salud que se encuentran en los territorios de las nacionalidades y pueblos ancestrales, con la emisión de normativa eminentemente práctica que coadyuva en el mejoramiento de las relaciones de interculturalidad.

Si bien lo señalado hasta aquí muestra el aspecto normativo ideal en torno al carácter interdependiente del derecho a la salud y el significado profundamente decolonial que implica el reconocimiento, respeto y garantía de la medicina ancestral, ello no necesariamente tiene una traducción efectiva en el ejercicio cotidiano de quienes buscan atención en salud, y cuestiona las posibilidades de realización de la salud en un sentido transversal conforme el régimen constitucional

vigente. Con esta aclaración, es posible observar los indicadores de la OPS sobre Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida, y compararlos con los periodos de vigencia de la CRE.

En la variable Mortalidad Infantil se aprecia una baja consistente desde el año 1995, experimentando el punto más bajo de mortalidad infantil en el año 2014 con un 8,50% por cada 1000 nacidos vivos; sin embargo, esta disminución no es posible asociarla a la entrada en vigencia de la CRE. La elevación de la mortalidad infantil a partir de 2016 tuvo su pico más alto en 2019, experimentando un 11,50% de muertes por cada 1000 nacidos vivos; posteriormente una drástica disminución en 2020, que coincide con las políticas de confinamiento a raíz de la pandemia de Covid 19.

Gráfico 3. Mortalidad Infantil por 1000 nacidos. Ecuador 1995-2023



Fuente: Organización Panamericana de la Salud Fuente: Organización Panamericana de la Salud [17].

La variable Esperanza de Vida al Nacer, muestra también una tendencia al alza en ese rubro. Cuando entró en vigencia la CRE en 2008, la esperanza de vida al nacer era en promedio 74,71 años. Mientras que 2019 se ubicó en 77,29 años, experimentando una fuerte baja en 2020 con ocasión de la pandemia de Covid 19, en que la esperanza de vida al nacer se redujo a 72,00 años. En 2024 la esperanza de vida se ubicó en 77,58 años.

Gráfico 4. Esperanza de Vida al Nacer en Ecuador 1995-2024



Fuente: Organización Panamericana de la Salud [17].

Los indicadores presentados si bien no muestran rupturas significativas asociadas a la vigencia de la CRE, sí muestran variaciones que es posible asociarlas a los cambios políticos existentes. No obstante, el principal logro del reconocimiento en la CRE de saberes y tradiciones invisibilizadas, que han sido señaladas en parte en este artículo, consiste en el desarrollo infraconstitucional de esas disposiciones, porque en ese espacio se reconocen más detalladamente los actores y criterios que utiliza la medicina ancestral, y los cambios en el régimen de atención que ello implica. Si bien es una apreciación estrictamente normativa, posibilita tener en cuenta los nuevos marcos referenciales del derecho a la salud y su desarrollo en clave intercultural.

Consideraciones Finales

La constitucionalización del derecho a la salud en Brasil, de 1988, y de Ecuador, de 2008, representa un avance significativo dentro del constitucionalismo latinoamericano contemporáneo. En la CB, se ha elevado la salud a la categoría de derecho fundamental y deber del Estado, transitando desde un sistema de salud sostenido por la contribución laboral y el asistencialismo visto como caridad hacia uno de derecho humano, universal y justiciable. En la CRE, se avanza constitucionalmente al concebir a la salud como una integralidad, interconectada con otros derechos que deben ser garantizados, como los derechos del Buen Vivir, entre los que se encuentran: el agua, el ambiente sano, el hábitat seguro, y la alimentación. Esta integración de saberes, que supera la exclusividad del modelo monocultural, es de carácter decolonial. El reconocimiento de la salud como un componente del Sumak Kawsay (Buen Vivir) trasciende la visión biomédica e integra la sabiduría ancestral al Sistema Nacional de Salud.

En Brasil, los datos muestran el impacto favorable a partir de la incorporación del SUS en indicadores claves como la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Si bien existen rasgos diferenciadores en el acceso, como fueron indicados en este artículo que se refieren a la atención médica privada para quienes puedan acceder a ella, la implementación de este

sistema se relaciona fuertemente con la garantía del derecho a la salud para la población en forma mayoritaria.

Los datos muestran un panorama similar en Ecuador aunque con retrocesos más evidentes en períodos en los que estuvo presente la pandemia de Covid 19 que coincidieron con cambios políticos importantes. Sin embargo, el aspecto más significativo en lo que respecta a la transversalización del derecho a la salud consistió en el reconocimiento por parte del Estado, de los "otros" saberes de la medicina que se practican en los territorios de los pueblos ancestrales del Ecuador. Dicho reconocimiento, si bien tiene rango constitucional, necesitó de normativa infraconstitucional para operativizar el uso de dicho conocimiento, de las medicinas y de los instrumentos correspondientes.

Finalmente, el éxito del SUS y el reconocimiento de saberes y prácticas ancestrales en el campo de la medicina constituyen aspectos esperanzadores para la salud de las personas. Sin embargo, ello no es suficiente. En el caso ecuatoriano, el reconocimiento de los saberes y prácticas ancestrales, por el momento, se encuentra territorializado, y ello, no necesariamente tiene influencia en el sistema de salud que se practica en el resto del país, en el que las necesidades y el dolor de los pacientes son muy apremiantes. Para bien o para mal, el éxito de un sistema depende de la política que adopta un Estado y la crisis puede solucionarse con una adecuada gestión.

En conclusión, el análisis comparado permite afirmar que la configuración normativa de ambos Estados ha incidido positivamente en la efectivización de la salud. Mientras Brasil consolida este derecho mediante la fortaleza institucional del SUS y la justiciabilidad, Ecuador lo hace a través de la decolonialidad de los saberes ancestrales y el enfoque intercultural en la salud. No obstante, más allá del avance normativo, la garantía del derecho a la salud va a depender de la voluntad política que permitan asegurar la asignación presupuestaria, que haga posible la dotación de suministros y la contratación de personal médico, para que el mandato constitucional sea realmente efectivizado.

Agradecimentos

La autora correspondiente, Luz Angela Tarazona Vélez, agradece al Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Pará (UFPA) por todo el apoyo durante la realización del doctorado, así como a la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) por la concesión de la beca de financiamiento del doctorado.

Referencias

1. Italia. Constitución (1947). Constitución de la República Italiana [Internet]. Roma: Senato della Repubblica; 2026 [consultado el 20 ago. 2026]. Disponible en: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_SPAGNOLO.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. SUS é modelo de saúde pública para o mundo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 15 abr. 2024 [consultado el 21 feb. 2026]. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-e-modelo-de-saude-publica-para-o-mundo

3. Lamarão Neto H, Teixeira EMSF, Ferreira VEN. Políticas públicas, judicialização da saúde e o período pós-pandemia. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE) [Internet]. 2021 [consultado el 21 feb. 2026];9(1):265-94. Disponible en: https://ojs.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/883 doi:10.25245/rdspp.v9i1.883

4. Tarazona Vélez LA. El origen del Nuevo Constitucionalismo Latinoamericano: la construcción de una democracia decolonial [Dissertação na internet]. Ouro Preto: Programa de Pós-Graduação em Direito, Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto; 2023 [consultado el 18 feb. 2026]. 140 f. Disponible en: https://www.repositorio.ufop.br/items/8301d373-170a-48c7-a5c9-a86c07eccccc

5. Ecuador. Constitución (2008). Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Registro Oficial 449, 20 oct. 2008 [actualizado el 25 ene. 2021; consultado el 19 feb. 2026]. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

6. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade [Internet]. 2002 [consultado el 19 feb. 2026];11(1):67-84. Disponible en: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?lang=pt doi:10.1590/S0104-12902002000100008

7. Gargarella R. El constitucionalismo latinoamericano y la sala de máquinas de la Constitución (1980-2010). In: Riberi P, coordenador. Fundamentos y desafíos de la teoría constitucional contemporánea [Internet]. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2019 [consultado el 10 ago. 2026]. p. 95-118. Disponible en: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5537/7.pdf

8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 91 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [consultado el 21 feb. 2026]. Disponible en: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

9. Ferreira VEN, Leal PST, Teixeira EMSF. Judicialização da saúde, consequencialismo jurídico e medicina baseada em evidências científicas. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE) [Internet]. 2024 [consultado el 21 feb. 2026];12(1):341-67. Disponible en: https://ojs.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1514 doi:10.25245/rdspp.v12i1.1514

10. Zaffaroni ER. La naturaleza como persona: de la Pachamama a la Gaia. In: Espinosa Gallegos-Anda C, Pérez Fernández C, editores. Los derechos de la naturaleza y la naturaleza de sus derechos [Internet]. Quito: Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos; 2011 [consultado el 10 ago. 2026]. p. 3-33. Disponible en: https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2330/3/IE-003-2019.pdf

11. Llasag Fernández R. El sumak kawsay y sus restricciones constitucionales. Foro, Revista de Derecho [Internet]. 2009 [consultado el 19 feb. 2026];(12):113-25. Disponible en: https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2306/1/07-TC-Llasag.pdf

12. Bonilla Urvina M. Pluralismo jurídico en el Ecuador. Hegemonía estatal y lucha por el reconocimiento de la justicia indígena. In: Huber R, Martínez JC, Lachenal C, Ariza R, coordinadores. Hacia sistemas jurídicos plurales: reflexiones y experiencias de coordinación entre el derecho estatal y el derecho indígena [Internet]. Bogotá: Konrad-Adenauer-Stiftung; 2008 [consultado el 10 ago. 2026]. p. 51-69. Disponible en: https://www.kas.de/documents/252038/253252/7_dokument_dok_pdf_14932_1.pdf/ba369d2e-112d-3d7e-2d12-dc5a6600b4b1?version=1.0&t=1539670167382

13. Médici A. Teoría constitucional y giro decolonial: narrativas y simbolismos de las constituciones. Reflexiones a propósito de la experiencia de Bolivia y Ecuador. Otros Logos, Revista de Estudios Críticos [Internet]. 2010 [consultado el 10 ago. 2026];1(1):94-124. Disponible en: https://www.ceapedi.com.ar/otroslogos/Revistas/0001/Medici.pdf

14. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012 [consultado el 21 feb. 2026];16(40):249-259. Disponible en: https://www.scielo.br/j/icse/a/WC7GKD4py6Cq7cLdRvDZx3H/abstract/?lang=pt doi:10.1590/S1414-32832012005000014

15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 20 set. 1990 [consultado el 21 feb. 2026]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

16. Bahia CJA, Abujamra ACP. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde: concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Revista Argumentum [Internet]. 2009 [consultado el 21 feb. 2026];10:295-318. Disponible en: https://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/1045

17. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos: visualizaciones [Internet]. Washington, D.C.: Plataforma de Información en Salud para las Américas; 2021 [actualizado el 13 abr. 2026; consultado el 19 feb. 2026]. Disponible en: https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones

18. Ecuador. Constitución (1998). Constitución Política de la República del Ecuador [Internet]. [s.l.]; 1998 [consultado el 19 feb. 2026]. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/0061.pdf

19. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial nº 0082-2017, de 29 de marzo de 2017. Expídese el Reglamento para la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, en la atención, referencia, derivación, referencia inversa y contrareferencia a usuarios/pacientes provenientes de comunidades de difícil acceso. Registro Oficial nº 30, 6 jul. 2017 [consultado el 21 feb. 2026]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/DNSI-Acuerdo-M-0082_2017-Reglamento-Atenci%D0%B2n-Pacientes-Barreras-de-Acceso.pdf

20. Pozo S, Fuentes G, Calderón L, editoras. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; ago. 2008 [consultado el 19 feb. 2026]. 63 p. Disponible en:https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf

21. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Intercultural. Código de Ética de la Medicina Ancestral-Tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020 [consultado el 19 feb. 2026]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf

Información editorial

Histórico

Recibido: 23/02/2026
Revisado: 25/06/2026
Aprobado: 28/06/2026

Proceso de evaluación

Evaluación por pares doble ciego.

Revisión por pares

Dos evaluadores ad hoc evaluaron este manuscrito. Los autores acordaron interactuar, si fuera necesario, pero no acordaron la publicación del dictamen. Solo un evaluador acordó interactuar; solo uno autorizó la publicación del dictamen, si así lo indicara la revista.

Preprint

El manuscrito no es um *preprint*.

Comprobación de similitud

Este artículo se ha sometido a una comprobación de similitud textual con el software *CopySpider*.

Contribuciones de los autores

L.A. Tarazona Vélez: concepción/diseño del artículo, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica de su contenido y aprobación de la versión final del artículo.
V.G.B. Pita: análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica de su contenido y aprobación de la versión final del artículo.
E.M.S.F. Teixeira: concepción/diseño del artículo, revisión crítica de su contenido y aprobación de la versión final del artículo.

Conflicto de intereses

Uno de los autores ejerce la función de editor invitado de la revista e integra la autoría de este artículo. Declaró conflicto de interés y, de conformidad con las buenas prácticas editoriales, no participó en ninguna etapa del proceso editorial, el cual fue conducido de forma independiente por otro editor. Los demás autores declaran no tener conflicto de interés de orden personal, comercial, académico, político o financiero relacionado con este artículo.

Financiación

La autora Luz Angela Tarazona Vélez es becaria de doctorado internacional seleccionada en el marco del Programa GCUB de Movilidad Internacional (GCUB-Mob, Segunda Edición, Convocatoria N.º 001/2023), financiada mediante beca de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamiento 001.

Origen de la investigación

Investigación independiente, no derivada de una tesis, disertación o proyecto institucional.

Aprobación ética de la investigación

No aplica.

Disponibilidad de los datos de la investigación

Los contenidos subyacentes al texto de la investigación figuran en el manuscrito.

Declaración sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA)

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial en la elaboración de este manuscrito ni en la investigación que en él se describe.

Equipe editorial

Editora jefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras invitadas (dossier): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora adjunta: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Asistentes editoriales: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Mirna Barcelos
Traductor: David Elias Cardoso Câmara

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

Derechos de Autor

Los autores conservan los derechos de autor sobre sus obras y conceden a los Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) el derecho de primera publicación.

Open Access

Este artículo se publica en Acceso Abierto (*Open Access*), con acceso inmediato, gratuito y permanente a su contenido, sin que se cobren tasas por su lectura, descarga o difusión.

Licencia de Uso

Copyright © 2026 Luz Angela Tarazona Vélez, Vladimir German Bazante Pita, Eliana Maria de Souza Franco Teixeira. Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la autoría original y la fuente de publicación.



Como citar (Vancouver)

Tarazona Vélez LA, Bazante Pita VG, Texeira EMSF. El derecho a la salud en las Constituciones de Brasil (1988) y Ecuador (2008): un análisis comparado de su constitucionalización y desarrollo en políticas públicas. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026033. doi: 10.17566/ciads.e2026033