

## **B3. Compromisos nacionales con el derecho a la salud y la CUS, incluyendo los derechos constitucionales y las leyes, políticas, planes y ofertas/promesas electorales**

Los gobiernos nacionales se están comprometiendo cada vez más con la CUS y el cumplimiento de los compromisos con el derecho a la salud de pactos y acuerdos internacionales, como al interior de sus países, mediante acciones lideradas por la sociedad civil, campañas en medios de comunicación, campañas políticas y compromisos presentados en las ofertas electorales, procesos de construcción y compromiso con políticas e incluso, en oportunidades, a través de acciones legislativas y enmiendas o reformas constitucionales. Las características de las acciones y el grado en el que reflejan el derecho a la salud y la CUS varían de país a país.

La experiencia mundial muestra que los compromisos legales de nivel nacional pueden constituirse en un paso decisivo para acelerar el progreso hacia la realización del derecho a la salud y la CUS. Por ejemplo, haciendo que la salud sea un derecho constitucional como en Brasil, la República Islámica de Irán, Mongolia y Sudáfrica; mandatos constitucionales vía principios directivos de política como ocurre en la India, Filipinas, Malawi y Uganda; y leyes con obligaciones específicas hacia el derecho a la salud o la CUS, como en Canadá, Corea, Japón, Tailandia y el Reino Unido. En algunos países estas acciones legales son comprehensivas y reflejan de mejor manera la CUS, mientras que en otros son parciales y focalizadas, lo que puede debilitar un enfoque universal e inclusivo hacia la CUS.

Las políticas nacionales de salud, las estrategias y planes, y los correspondientes ciclos de construcción y planificación de políticas ofrecen oportunidades vitales para la incidencia política presupuestal. El ciclo de construcción y planificación de políticas incluye una fase diagnóstica en la que se realiza un análisis del sector salud; una fase de formulación de estrategias; una fase en la que se desarrolla un amplio ejercicio de costeo, para entender las implicaciones presupuestales de la estrategia; una etapa en la que dichos costos se trasladan a presupuestos de salud e incorporados al formato del presupuesto general nacional; y finalmente una fase de planeamiento operativo en la que los amplios lineamientos estratégicos se traducen en actividades (34). Idealmente, las diferentes fases debieran darse a través de procesos participativos, que involucren a todos los grupos de interés en salud, lo que daría oportunidad a la sociedad civil y otros para intercambiar ideas y brindar aportes. Si ello no ocurre, estrategias de incidencia política por procesos más

transparentes y participativos pueden ayudar a generar presión para hacer que el carácter del proceso de diseño y construcción de políticas involucre a más actores relevantes.

La investigación sobre el manejo previo del presupuesto público es crítica en esta instancia para entender cómo es que el país ha diseñado y ejecutado su presupuesto en el pasado y, especialmente, qué tan bien se ha vinculado ello con los objetivos planteados en políticas, estrategias y planes. Un solo grupo u organización podría no tener la experticia necesaria para comprender y tomar parte de cada paso del ciclo de diseño y construcción de políticas y planes. Las Alianzas entre y a través de los grupos de sociedad civil, organizaciones comunitarias y de base, los medios de comunicación y los parlamentos serán críticas para compartir información y experticia para expresar un enfoque compartido para asegurar que el derecho a la salud y la CUS se encuentren arraigados en la estrategia nacional de salud como la visión orientadora del país.

En esta subsección, el facilitador y los participantes compartirán experiencias en cada actividad.