

INFORME SOBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA

I. INTRODUCCIÓN	<i>p. 3</i>
II. MARCO NORMATIVO	<i>p. 6</i>
a. Sobre los marcos jurídicos y el reconocimiento del derecho	
b. Principio de máxima divulgación	
c. Titulares del derecho de acceso a la información	
d. Sujetos obligados	
e. Objeto del derecho	
f. Obligaciones del Estado	
(a) MÉXICO	
(b) HONDURAS	
(c) NICARAGUA	
(d) EL SALVADOR	
(e) PERÚ	
(f) ECUADOR	
(g) ARGENTINA	
(h) COSTA RICA	
(i) COLOMBIA	
g. Limitaciones	
(a) MÉXICO	
(b) HONDURAS	
(c) NICARAGUA	
(d) EL SALVADOR	
(e) ECUADOR	
(f) PERÚ	
(g) ARGENTINA	
(h) COLOMBIA	
(i) COSTA RICA	
III. ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	<i>p. 41</i>
a. El acceso a la información y la obligación de producción de información y estadísticas confiables	
b. El acceso a la información y la obligación de implementación adecuada	
c. El acceso a la información y la obligación de entregar información oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa	
IV. SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PAÍS	<i>p. 48</i>
a. Cuestionario regional sobre acceso a salud reproductiva	
Presupuesto	
Aborto legal y aborto ilegal e inseguro	
Mortalidad y morbilidad materna	
Adolescentes	
Anticoncepción	
b. Respuestas recibidas	
(a) EL SALVADOR	<i>p. 53</i>
(b) HONDURAS	<i>p. 54</i>
(c) NICARAGUA	<i>p. 57</i>
(d) COSTA RICA	<i>p. 58</i>
d.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información	
d.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas	
d.2.a Capacitación y presupuesto	
d.2.b Aborto	

- d.2.c Mortalidad y morbilidad materna
- d.2.d Adolescentes
- d.2.e Anticoncepción
- (e) ECUADOR *p. 68*
 - e.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información
 - e.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas
 - e.2.a Capacitación y presupuesto
 - e.2.b Aborto
 - e.2.c Mortalidad y morbilidad materna
 - e.2.d Adolescentes
 - e.2.e Anticoncepción
- (f) COLOMBIA *p. 76*
 - f.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información
 - f.2. Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas
 - f.2.a Aborto
 - f.2.b Mortalidad y morbilidad materna
 - f.2.c Anticoncepción
- (g) PERÚ *p. 84*
 - g.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información
 - g.2 Producción de información de manera oficiosa
 - g.3 Obligación de producir estadísticas confiables
 - g.4 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas
 - g.4.a Presupuesto
 - g.4.b Aborto legal y aborto ilegal e inseguro
 - g.4.c Mortalidad y morbilidad materna
 - g.4.d Adolescentes
 - g.4.e Anticoncepción
- (h) MÉXICO *p. 92*
 - h.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información
 - h.2 Producción de información de manera oficiosa
 - h.3 Obligación de producir estadísticas confiables
 - h.4 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas
 - h.4.a Capacitación
 - h.4.b Presupuesto
 - h.4.c Aborto legal y aborto ilegal e inseguro
 - h.4.d Mortalidad y morbilidad materna
 - h.4.e Adolescentes
 - h.4.f Anticoncepción
- (i) ARGENTINA *p. 102*
 - i.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información
 - i.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas
 - i.2.a Capacitación
 - i.2.b Presupuesto
 - i.2.c Adolescentes
 - i.2.d Mortalidad y morbilidad materna
 - i.2.e Anticoncepción

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe es el resultado de una investigación sobre el derecho de acceso a la información en cuestiones de salud sexual y reproductiva desarrollada en nueve países de América Latina¹, durante 2012. A partir del interés de varias organizaciones civiles de derechos humanos y de mujeres, el presente trabajo tiene como objetivo dar un panorama general de los avances y desafíos existentes en la región para acceder a la información pública en materia de salud sexual y reproductiva. A pesar de los avances en la adopción de leyes para promover el acceso a la información pública en varios estados, en el informe se detectan los vacíos normativos y las deficiencias persistentes en la implementación de dichas leyes en los Estados, así como en la provisión de información objetiva, veraz y oportuna sobre derechos sexuales y reproductivos en las instancias gubernamentales. De igual forma, se identifican los principales obstáculos que enfrentan las personas para tener un acceso efectivo a la información pública en esta materia.

La metodología para la elaboración de este informe consistió en la obtención de información, y su posterior sistematización, a partir de la promoción de solicitudes de información pública en materia de salud sexual y reproductiva, basadas en un cuestionario general diseñado en común entre las organizaciones participantes y aplicado en los nueve países a través de los sistemas estatales disponibles de acceso a la información.

Los datos obtenidos a través de esta investigación muestran problemas estructurales en materia de acceso a información pública relevante para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y para el desarrollo e implementación de legislación y políticas públicas en la materia. Los obstáculos encontrados para acceder de forma oportuna a la información pública solicitada evidencian que, en muchos casos, los Estados de la región carecen de información pertinente, completa, actualizada y adecuadamente desagregada (por sexo, edad, etnia y otros factores de riesgo y vulnerabilidad) sobre la temática.

El informe se divide en dos secciones. En la primera, se analiza el marco normativo relevante en cada uno de los países en los que se basa el estudio. Allí las situaciones varían de jurisdicción en jurisdicción: mientras que en algunos países existen leyes de acceso a la información pública y órganos garantes que funcionan razonablemente; en otros, el marco normativo resulta insuficiente para promover el acceso adecuado y oportuno a la información

¹ Argentina, Costa Rica, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Ecuador, México y Perú.

solicitada; y, en varios países, la ausencia de marcos legales adecuados se presenta como un primer obstáculo a la plena vigencia del derecho fundamental al acceso a información en manos del Estado. En este sentido, la *cultura del secreto* que subsiste en las estructuras estatales de la mayoría de los países de América Latina y las prácticas específicas del movimiento que reclama garantizar el derecho de acceso a la información en la región hablan de la necesidad de las leyes de acceso a la información y de su importancia estratégica respectivamente.

En la segunda sección, se explica, por medio de ejemplos concretos, por qué la falta de información en cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres afecta de manera *directa* los derechos de las mujeres de las Américas. En efecto, la falta de información adecuada impide el acceso a servicios de salud esenciales, obstaculiza la toma de decisiones objetivas e informadas y dificulta el desarrollo de políticas públicas idóneas y eficientes para lidiar con los graves problemas sociales, económicos y culturales que afectan el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Este informe, desarrollado por organizaciones de la sociedad civil de nueve países de América Latina, busca ser un documento complementario de diagnóstico y monitoreo del cumplimiento de estándares internacionales en la materia, como lo señaló la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) en el informe *Acceso a la Información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*², en noviembre de 2011. El informe de la CIDH identifica y desarrolla los estándares interamericanos en la materia y provee un marco adecuado para la evaluación y el control de la legislación y las políticas públicas en este sentido. El acceso a información adecuada para garantizar el consentimiento informado y las obligaciones que recaen sobre el Estado de producir estadísticas confiables y entregar, de manera oficiosa, información que sea oportuna, completa, accesible, fidedigna son algunos de los temas alcanzados por nuestra investigación.

Asimismo, este trabajo busca poner de relieve la importancia del acceso a la información para el ejercicio de otros derechos humanos, en este caso, el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Tal como lo ha destacado la CIDH en numerosas oportunidades, el acceso a la información pública cumple un rol instrumental fundamental en una sociedad democrática; permite ejercer otros derechos, favorece la participación informada

² CIDH. *Acceso a la Información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*. 2011. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>.

en el debate público y fortalece el proceso democrático. El acceso adecuado a la información en manos del Estado es una demanda ineludible del proceso político, que para desarrollarse de acuerdo con principios democráticos debe asegurar una ciudadanía informada y capaz de tomar las decisiones que hacen al autogobierno colectivo. Asimismo, el acceso a la información es una herramienta que empodera a quienes la utilizan, ya que permite interpelar al Estado en términos de derechos y exigir cambios cuando éstos son violados por las acciones u omisiones de los funcionarios encargados de protegerlos³. En este sentido, un adecuado acceso a información relevante para la salud sexual y reproductiva de las mujeres es parte esencial de una agenda que busca empoderarlas, garantizando su autonomía reproductiva. Los próximos pasos necesarios en este sentido surgen de las falencias detectadas en la investigación.

Finalmente, se establecen una serie de recomendaciones para garantizar y mejorar el acceso a la información en materia de salud sexual y reproductiva en América Latina y, en especial, a la información relacionada con el cumplimiento de los estándares establecidos por la CIDH.

³ Ver, por ejemplo, Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C No. 151, párr. 86.; y CIDH, *Marco jurídico interamericano sobre el derecho a la libertad de expresión*, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, 30 de diciembre de 2009.

II. MARCO NORMATIVO

a. Sobre los marcos jurídicos y el reconocimiento del derecho

De acuerdo con los estándares internacionales en la materia, el derecho de acceso a la información pública tiene ciertas peculiaridades que hacen que su plena vigencia sólo sea posible por medio de marcos jurídicos adecuados⁴. En efecto, este derecho requiere ser instrumentado por medio de leyes especiales que establezcan procedimientos para su satisfacción, garantías de revisión independiente y órganos de aplicación capaces de promover la vigencia de este derecho hacia adentro de las estructuras estatales. Sin esos marcos legales, el derecho –incluso cuando es formalmente reconocido como tal por las autoridades públicas— pierde efectividad y su carácter instrumental se ve fuertemente debilitado. Un derecho que sólo está vigente si es reclamado judicialmente no es efectivo para funcionar como una herramienta de control del Estado, para permitir una mayor y mejor participación en los procesos democráticos o como instrumento para la defensa o promoción de otros derechos humanos. La *cultura del secreto* que subsiste en las estructuras estatales de la mayoría de los países de América Latina y las prácticas específicas del movimiento por el derecho de acceso a la información en la región hablan de la necesidad de las leyes de acceso a la información y de su importancia estratégica respectivamente.

Los países incluidos en el presente informe se encuentran en distintas situaciones en relación a la existencia de marcos jurídicos adecuados. Mientras algunos de ellos cuentan con leyes de acceso a la información, otros carecen de esos instrumentos jurídicos o tienen sustitutos ineficientes, es decir, marcos reglamentarios que tienden a garantizar este derecho pero que no otorgan suficientes garantías o no funcionan adecuadamente.

México, por ejemplo, cuenta con una *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental* que es un modelo a seguir en la región. El *Instituto Federal de Acceso a la Información* (IFAI) es un órgano autónomo dotado de garantías de independencia que ha servido para promover el acceso a la información con la que cuenta el Estado a la ciudadanía. La legislación citada se aplica al gobierno federal, pero también existen regulaciones locales en los 31 estados y el Distrito Federal. Asimismo, el derecho se

⁴ CIDH. Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Informe Anual 2009, Cap. IV, párr. 7 y 27.

encuentra expresamente reconocido en el artículo 6.I de la Constitución Política mexicana. Este artículo establece que “[t]oda la información en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo federal, estatal y municipal, es pública y sólo podrá ser reservada temporalmente por razones de interés público en los términos que fijen las leyes.

En la interpretación de este derecho deberá prevalecer el principio de máxima publicidad.” Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que el IFAI debe aplicar la legislación de manera razonable, interpretando el derecho de acceso a la información pública conforme a la Constitución General de la República y los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos y ratificados por el Estado mexicano, así como a la jurisprudencia que de ellos hayan realizado los órganos internacionales especializados⁵.

Honduras, por su parte, cuenta desde 2006 con una *Ley de Transparencia y Acceso a la Información*⁶, que ha sido reglamentada por el *Instituto de Acceso a la Información Pública* en 2008⁷. Nicaragua tiene una *Ley de Acceso a la Información Pública* desde 2007⁸ y Perú cuenta con su *Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública* desde 2002⁹ y su reglamento¹⁰. La ley peruana tiene como finalidad promover la transparencia de los actos del Estado y regular el derecho de acceso a la información consagrado en la Constitución. De conformidad con la norma, toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier entidad de la administración pública, siendo el caso que en ninguna situación se

⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación, “INSTITUTO FEDERAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. DEBE INTERPRETAR LAS LEYES DE SU COMPETENCIA CONFORME A LOS DERECHOS DE LA PERSONA.” Tesis Aislada, Novena Época, Segunda Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXXII, Agosto de 2010, pág. 464

⁶ *Cfr.* Decreto N° 170-2006 publicado el 30 de diciembre de 2006, modificado por el Decreto N° 64-2007 del 27 de mayo, y, publicado por el diario oficial “La Gaceta” el 17 de julio de 2007. Disponible en <<http://www.iaip.gob.hn/pdf/Marco%20Juridico%20Conceptual%20de%20la%20CIAH/Ley%20de%20Transparencia%20y%20Acceso%20a%20la%20Informacion%20Publica.pdf>>.

⁷ Acuerdo N° AIAIP-0001-2008 Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, dictado por el *Instituto de Acceso a la Información Pública* el 3 de marzo de 2008, y, publicado por el diario oficial “La Gaceta” el 6 de marzo de 2008. Disponible en <<http://www.iaip.gob.hn/pdf/Marco%20Juridico%20Conceptual%20de%20la%20CIAH/Reglamento%20de%20la%20Ley%20de%20Transparencia%20y%20Acceso%20a%20la%20Informacion%20Publica.pdf>>.

⁸ Ley N° 621, aprobada el 16 de mayo de 2007. Publicada en La Gaceta N° 118 del 22 de Junio del 2007.

⁹ Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Disponible en <http://www.ocpla.uni.edu.pe/oym/file/Ley_Transparencia.pdf>.

¹⁰ Decreto Supremo N° 072 – 2003 – PCM, Reglamento de la Ley N° 27806, Publicado el 7 de Agosto de 2003.

exige expresión de causa para el ejercicio de este derecho. Ecuador tiene la *Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública* desde 2004¹¹.

En El Salvador existe una “Ley de Acceso a la Información Pública”¹² que fue aprobada por el Congreso, en diciembre de 2010. Sin embargo, el Presidente de la República no la sancionó, sino que la devolvió a la Asamblea con siete observaciones, en enero de 2011. Dentro de las observaciones, se incorporaron términos intermedios para que la ley fuera implementada en forma gradual. La Ley así modificada se publicó en el Diario Oficial No. 70 del 8 de abril de 2011 y, finalmente, entró en vigor el 8 de mayo de 2011. No obstante, la publicación dejaba en claro que la ley sólo entraría íntegramente en vigencia 365 días después de esa fecha, o sea, el 8 de mayo de 2012¹³. Además de esta ley, el marco legal de acceso a la información en El Salvador se encuentra regulado por el decreto reglamentario de esta norma¹⁴, decreto que, por disposición de la misma Ley, debía ser elaborado por el Presidente de la República¹⁵.

En la práctica, la ley no se está cumpliendo, pues los principales organismos dispuestos para su aplicación no han sido creados. El Grupo Promotor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de El Salvador ha denunciado falta de voluntad política por parte del Poder Ejecutivo. En concreto, el Poder Ejecutivo no dispuso presupuesto para la implementación de la ley ni para el 2012 ni para el 2013 y, a la fecha, no ha conformado el Instituto de Acceso a la Información Pública¹⁶.

En Argentina no existe una ley, pero desde 2003 rige en el ámbito del poder ejecutivo federal, el anexo VII al decreto 1172/03 que establece un *Reglamento de Acceso a la*

¹¹ Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a La Información Pública No. 24, publicado en el Registro Oficial Suplemento 337 del 18 de Mayo del 2004.

¹² Decreto 534 del 2 de diciembre de 2010. Disponible en <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org/documentos/Leyaccesoalainforacion.pdf>>.

¹³ *Idem*. Así lo establece el artículo 107 de la ley. Sin embargo, lo cierto es que la ley no se está aplicando, pues a la fecha de elaboración de este informe, ni el Instituto de Acceso a la Información Pública ni el Consejo Directivo del Instituto del Acceso a la Información, órganos necesarios para el funcionamiento de la ley, han sido creados.

¹⁴ Decreto No. 136 del 2 de septiembre de 2011. Disponible en <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org/documentos/Reglamentoleydeacceso.pdf>>.

¹⁵ Como este decreto limita severamente los efectos de la ley, una demanda de inconstitucionalidad fue presentada en su contra. Así puede consultarse en la página web del Grupo Promotor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de El Salvador. <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org>>.

¹⁶ *Idem*.

*Información Pública*¹⁷. Si bien el decreto sólo se aplica al Poder Ejecutivo y no alcanza a los poderes legislativo o judicial, judicialmente se ha entendido que el derecho alcanza a los demás poderes con base en la Constitución y en tratados internacionales de derechos humanos.

Finalmente, en Colombia y Costa Rica no hay leyes de acceso a la información pública. En Colombia, la Constitución Política reconoce expresamente el derecho de toda persona de acceder a información pública, y establece un mecanismo que puede ser utilizado por todas las personas para hacerlo efectivo. Así, el artículo 20 consagra el derecho fundamental a “recibir información veraz e imparcial”. Este derecho tiene un reconocimiento más específico con relación a la información pública, contenido en el artículo 74, que señala que “[t]odas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley”. Estos derechos constitucionales pueden ser protegidos mediante la acción de *tutela*, mecanismo contemplado en el artículo 86 de la Constitución: ésta acción implica un trámite sumario, puede ser interpuesta por cualquier persona (sin necesidad de abogado) y debe resolverse en un plazo máximo de diez días.

Cabe destacar que, con relación al derecho a la información, la Corte Constitucional Colombiana ha establecido tres límites específicos: (i) la existencia de reserva legal, en relación con la limitación del derecho; (ii) la necesidad de que tales restricciones se sujeten a los principios de razonabilidad y proporcionalidad y estén relacionados con la protección de derechos fundamentales, como es el caso de la intimidad, o de valores constitucionalmente protegidos, como sucede con la seguridad y la defensa nacional; y (iii) el carácter temporal de la restricción, en la medida en que la ley debe fijar un plazo después del cual los documentos pasen al dominio público¹⁸. El Congreso de Colombia sancionó en junio de 2012 el proyecto de ley estatutaria 156 de 2011 (Senado), 228 de 2012 (Cámara) por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional¹⁹. Si bien el proyecto de ley ya surtió todos los debates que de acuerdo con la Constitución Política deben

¹⁷ Decreto 1172/03. Dictado el 3 de diciembre de 2003. Disponible en <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/90763/norma.htm>>.

¹⁸ *Cfr.* Corte Constitucional, sentencia T-527 de 2005.

¹⁹ *Cfr.* Congreso Visible: <<http://congresovisible.org/proyectos-de-ley/por-medio-de-la-cual/6501/#tab=2>>.

realizarse para que se convierta en ley, antes de entrar en vigencia debe ser revisada por la Corte Constitucional²⁰.

En Costa Rica, por su parte, el artículo 27 de la Constitución garantiza “la libertad de petición, en forma individual o colectiva, ante cualquier funcionario público o entidad oficial, y el derecho a obtener pronta resolución”. Asimismo, el artículo 30 garantiza “el derecho de toda persona a tener acceso a las oficinas públicas, ya sea personalmente o por medio de solicitud escrita, para obtener información sobre asuntos de interés público, siempre que no se trate de un secreto de Estado”. La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica ha reforzado este derecho. Por ejemplo, la Sala ha sostenido: “[d]e esta manera, si la información es requisito para que el ciudadano individualmente considerado adopte decisiones; informar, a la vez, es promover la participación ciudadana. El derecho de la información distingue tres facultades esenciales de quienes lo ejercen: la facultad de recibir, la facultad de investigar y la facultad de difundir informaciones (...)”. (...) [E]l derecho a la información [...] es un derecho humano inalienable e indispensable [...]. Ese derecho [...] tiene un carácter preferente al considerarse que garantiza un interés constitucional: la formación y existencia de una opinión pública libre; garantía que [al] ser una condición previa y necesaria para el ejercicio de otros derechos inherentes al funcionamiento de un sistema democrático, se convierte [...] en uno de los pilares de una sociedad libre y democrática”²¹.

Cabe destacar que muchos de estos países cuentan con normas que garantizan, en el ámbito específico de su aplicación y competencia, cierto acceso a información pública. Es lo que ocurre en Argentina, por ejemplo, con relación a la información ambiental garantizada por la ley 25.831. En Costa Rica, la *Ley del Sistema Nacional de Archivos* garantiza el libre acceso a todos los documentos que produzcan o custodien las instituciones públicas; la *Ley General de la Administración Pública* establece disposiciones relativas al acceso a

²⁰ Conforme con el artículo 153 de la Constitución Política, el trámite del proyecto de ley estatutaria incluye la revisión previa de su exequibilidad por la Corte Constitucional. Esto es, antes de que se produzca la correspondiente sanción presidencial y nazca a la vida jurídica la ley estatutaria de que se trate. En coherencia, el Artículo 241 de la Constitución Política confía a la Corte Constitucional la guarda de la integridad y supremacía de la Carta, en los estrictos y precisos términos que él mismo establece. Específicamente, el numeral 8° del precepto citado, señala que le corresponde a esta Corporación decidir definitivamente sobre la constitucionalidad de los proyectos de ley estatutarias, tanto por su contenido material, como por los vicios de procedimiento en que hubiere podido incurrir en su formación.

²¹ Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. Expediente 02-000808-0007-CO. Resolución 2002-03074. San José, Costa Rica. 2 de abril de 2002. Considerando III y IV. Disponible en <http://www.iidh.ed.cr/comunidades/libertadexpresion/docs/le_otroscr/3074-02%20sala%20constitucional.htm>.

expedientes administrativos y la *Ley de Derechos y Deberes de los usuarios de Servicios de Salud públicos y privados* instruye a la Contraloría de Servicios a asumir los procesos de información sobre derechos y deberes de usuarios en la institución.

Finalmente, en Colombia, la Ley 100 de 1993, que reformó el sistema de salud colombiano, en el objeto, fundamentos y características del sistema establece, entre otros: “Protección integral: El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, *información* y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud” (el subrayado nos pertenece).

La Ley 100 define la responsabilidad del Gobierno (nacional y regional) de generar y difundir información relacionada con la salud, que incluya el estado de salud de la población, así como indicadores de precios, gestión y calidad. Asimismo, la ley 1438 de 2011, que busca reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establece la responsabilidad del Ministerio de Protección Social en el establecimiento de indicadores de desempeño para todos los actores y el desarrollo de un sistema de evaluación y calificación de cada uno de éstos que permita conocer de forma pública los resultados. Adicionalmente, establece que el Sistema Integral de la Protección Social (Sispro) debe estar integrado por los sistemas del Ministerio de Protección Social, Registraduría Nacional del Estado Civil, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisben y las EPS. El reporte de información es obligatorio para todos los actores del sistema, quienes están sujetos a sanciones en caso de incumplimiento.

Asimismo, en Colombia, en materia de salud pública, el Observatorio Nacional de Salud, a cargo del Instituto Nacional de Salud, es el encargado de hacer el “monitoreo de los indicadores de salud pública, evaluaciones periódicos y formulación de recomendaciones”. Para la optimización de los procesos de priorización de los contenidos del plan de beneficios, crea un instituto de evaluación de tecnologías, dependiente del Ministerio de la Protección Social.

b. Principio de máxima divulgación

En varios países, la existencia de marcos jurídicos o el reconocimiento del derecho de acceso a la información por parte de la Constitución o los tribunales constitucionales no nos dice

demasiado respecto de cómo se efectiviza ese reconocimiento o cómo el derecho es regulado. Para ello es necesario analizar las reglamentaciones y determinar si ellas se adecúan a los estándares interamericanos en la materia. En efecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y la CIDH han señalado en numerosas oportunidades ciertos denominadores comunes que las regulaciones del derecho de acceso a la información pública deben respetar y que surgen de una interpretación armónica del artículo 13 de la Convención Americana.

Uno de esos elementos es el principio de *máxima divulgación*, que fue reconocido por la Corte Interamericana en el caso *Claude Reyes Vs. Chile*. Allí, el tribunal sostuvo que “en una sociedad democrática es indispensable que las autoridades estatales se rijan por el principio de máxima divulgación, el cual establece la presunción de que toda información es accesible, sujeto a un sistema restringido de excepciones.”²² Este principio traza una línea de interpretación que establece como *regla* que toda la información que produce el Estado es pública y como *excepción* el secreto o la reserva: estas últimas deben estar precisamente establecidas por medio de una ley en sentido formal y material, deben tener por objeto satisfacer objetivos legítimos bajo la Convención Americana y deben ser necesarias en una sociedad democrática²³.

En México, la misma Constitución señala que el principio de máxima publicidad deberá prevalecer en la interpretación del derecho al acceso a la información pública²⁴. En este sentido, la *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental* señala que en su interpretación, la de su Reglamento y la de las normas de carácter general que emitan los Poderes Legislativo y Judicial para regular los criterios y procedimientos institucionales para garantizar a las personas el acceso a la información pública deberá favorecer el principio de máxima publicidad²⁵.

²² Cfr. Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C No. 151, párr. 92.

²³ Cfr. CIDH. Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Informe Anual 2009, Cap. III, párr. 63 y ss.

²⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 6.I (“En la interpretación de este derecho deberá prevalecer el principio de máxima publicidad”).

²⁵ Artículo 6 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2002).

En Honduras, si bien el principio no está reconocido expresamente, la ley establece que la información sólo podrá ser negada cuando sea de materia reservada por la ley²⁶, por lo que reconoce implícitamente el principio. En Nicaragua el principio está más claramente establecido, ya que el artículo 2.2 de la *Ley de Acceso a la Información Pública* reconoce expresamente el principio de publicidad por el cual el libre acceso a la información es la regla general²⁷. Lo mismo ocurre en el caso de Ecuador, que establece un *principio de publicidad* generoso en el artículo 1 de la *Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a La Información*.

En Ecuador, la ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información establece un principio de publicidad por medio del cual “toda información que posean [los sujetos obligados] es pública, salvo las excepciones establecidas en esta Ley”²⁸.

En El Salvador, aunque la Ley establece en su artículo 4 numeral a, que la interpretación y aplicación de la misma debe regirse por el principio de “máxima publicidad”, lo cierto es que su reglamento incorpora como causal para denegar información solicitada a un ente obligado en el Art. 29 numeral 2, el criterio de “Seguridad Política”, que previamente define en el Art. 2, como “[T]oda acción o actividad, directa o indirecta, que realicen los Funcionarios de Alto Nivel, (SIC), tendientes a defender el orden público, la organización política del gobierno y sus instituciones, así como toda actividad que tenga por objetivo gobernar o dirigir al Estado o al buen desarrollo de la política gubernamental, incluyendo las actividades destinadas a proteger de las amenazas contra la legitimidad, reconocimiento y la autoridad del gobierno que desencadenen circunstancias de inestabilidad política, corrupción e ingobernabilidad, entre otras”. Otra restricción particularmente preocupante para efectos del objeto de éste informe, se da en el numeral 3 del artículo 29, que establece como causal de reserva que el conocimiento de la información solicitada “afecte el interés nacional, en especial si se refiere a la salud pública”.

En Argentina, el anexo VII al decreto 1172/03 establece en su artículo 8 establece que “[s]e presume pública toda información producida u obtenida por o para los sujetos [obligados]”.

²⁶ Artículo 3.6 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Decreto No. 170-2006.

²⁷ *Idem.* Art. 2, num. 2.

²⁸ Artículo 1, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En Perú, la ley de Transparencia y Acceso a la Información regula el principio de publicidad y establece en su artículo 3.1 que “[t]oda información que posea el Estado se presume pública” y que el Estado tiene la obligación de entregar la información que demanden las personas en aplicación de este principio. Se exceptúan las informaciones que afectan la intimidad personal y las que expresamente se excluyan por ley o por razones de seguridad nacional.

Si bien Colombia no cuenta aún con una ley de acceso a la información en vigencia, la Corte Constitucional ha señalado el carácter limitado de las excepciones que restringen este derecho²⁹. Asimismo, cabe destacar que la ley pendiente de revisión por la Corte Constitucional prevé expresamente este principio en su artículo 3, el cual establece en su parte pertinente que el principio de máxima divulgación “consiste en proporcionar y facilitar el acceso a la información pública en los términos más amplios posibles y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley. Excluyendo solo aquello que esté sujeto a las excepciones constitucionales y legales.³⁰”, como por ejemplo asuntos de seguridad nacional.

En Costa Rica, finalmente, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica ha utilizado este principio para fundar sus decisiones indicando que, “en el marco del Estado Social y Democrático de Derecho, todos y cada uno de los entes y órganos públicos que conforman la administración respectiva, deben estar sujetos a los principios constitucionales implícitos de la transparencia y la publicidad que deben ser la regla de toda la actuación o función administrativa. Las organizaciones colectivas del Derecho Público—entes públicos—están llamadas a ser verdaderas casas de cristal en cuyo interior puedan escrutar y fiscalizar, a plena luz del día, todos los administrados. [...]. Bajo esta inteligencia, el secreto o la reserva administrativa son una excepción que se justifica, únicamente, bajo circunstancias calificadas cuando por su medio se tutelan valores y bienes constitucionalmente relevantes”³¹.

²⁹ *Cfr.* Corte Constitucional, sentencia T-527 de 2005.

³⁰ Ley Estatutaria 156 de 2011 Senado, artículo 3. Publicada en Gaceta del Congreso, Año XX, No. 816.

³¹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Recurso de Amparo. Exp. 04-012878-CO, Res. 2005-03673, Costa Rica. 6 de abril de 2005. Considerando III - I Disponible en <http://200.91.68.20/scij/busqueda/jurisprudencia/jur_repartidor.asp?param1=XYZ¶m2=1&nValor1=1&nValor2=302552&strTipM=T&lResultado=3&strLib=LIB>.

c. Titulares del derecho de acceso a la información

El acceso a la información es un derecho *amplio*: se trata de un derecho humano universal, por lo que toda persona tiene derecho a solicitar acceso a la información tal y como lo establece el artículo 13 de la Convención Americana. En general, las regulaciones de los distintos países que integran este informe lo reconocen sin restricciones indebidas.

En México, los titulares del derecho al acceso a la información pública son todas las personas, sin necesidad de acreditar interés alguno o justificar su utilización³². En Honduras son titulares del derecho de acceso a la información todas las personas, sin discriminación alguna³³, incluyendo a las personas jurídicas³⁴. En Nicaragua este derecho está reconocido a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras³⁵ sin discriminación alguna quienes tienen derecho a solicitar y recibir datos, registros y todo tipo de información pública en forma completa, adecuada y oportuna³⁶. En El Salvador es titular de este derecho “toda persona, por sí o por medio de su representante, sin necesidad de acreditar interés legítimo o derecho precedente”³⁷.

En Perú también se reconoce este derecho a todas las personas, naturales y jurídicas³⁸. En Argentina, el decreto 1172/03 define al acceso a la información como “una instancia de participación ciudadana por la cual *toda persona* ejercita su derecho a requerir, consultar y recibir información...” [el destacado nos pertenece]. Asimismo, el artículo 6 de esa norma señala que “[t]oda persona física o jurídica, pública o privada, tiene derecho a solicitar, acceder y recibir información, no siendo necesario acreditar derecho subjetivo, interés legítimo ni contar con patrocinio letrado.”

En Costa Rica la Constitución garantiza la libertad de petición en el artículo 27 y, por su parte, el artículo 30 garantiza “el derecho de toda persona a tener acceso a las oficinas públicas, ya sea personalmente o por medio de solicitud escrita, para obtener información

³² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 6, fracción III.

³³ Art. 3 num. 3), nótese que dice *ciudadano*. Decreto N° 170-2006 y Art. 6 del Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

³⁴ Art. 4, Art. 20. Decreto N° 170-2006. Art. 36 inc. b. Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

³⁵ *Idem*. Art. 4, inc. p.

³⁶ *Idem*. Art. 3 num. 1.

³⁷ Decreto 534 del 2 de diciembre de 2010. Artículo 9. Disponible en <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org/documentos/Leyaccesoalainforacion.pdf>>.

³⁸ Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 7.

sobre asuntos de interés público, siempre que no se trate de un secreto de Estado”. Finalmente, en Colombia el artículo 74 de la Constitución señala que “[t]odas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley”.

d. Sujetos obligados

El derecho de acceso a la información *pública* abarca, en principio y por lo menos, a todas las dependencias estatales. Una resolución del Comité Jurídico Interamericano señala que “el derecho de acceso a la información se extiende a todos los órganos públicos en todos los niveles de gobierno, incluyendo a los pertenecientes al poder ejecutivo, al legislativo y al poder judicial, a los órganos creados por las constituciones o por otras leyes, órganos de propiedad o controlados por el gobierno, y organizaciones que operan con fondos públicos o que desarrollan funciones públicas”³⁹.

Si bien los estándares interamericanos prevén una gran amplitud en términos de *sujetos obligados*, algunas regulaciones presentan restricciones que limitan el alcance de los regímenes jurídicos que tienden a implementar este derecho.

En México, por ejemplo, el derecho al acceso a la información pública implica una obligación positiva para el Estado de garantizar el acceso a la información que se encuentre en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano u organismo federal, estatal y municipal, así como de proveer los mecanismos necesarios para permitir dicho acceso. En este sentido, todas las dependencias o entidades públicas tienen la obligación de garantizar a las personas los medios para ejercer este derecho⁴⁰.

En Honduras, la ley menciona de manera amplia a los sujetos obligados entre los que se encuentran todas instituciones públicas (los poderes legislativo, judicial y ejecutivo, instituciones autónomas, municipalidades y demás órganos e instituciones del Estado). También se incluye a las ONG, a las Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD) y a todas las personas naturales o jurídicas que a cualquier título reciban o administren fondos públicos cualquiera sea su origen⁴¹, y quienes son susceptibles de sanciones administrativas en caso de

³⁹ Cfr. Comité Jurídico Interamericano. Resolución 147 del 73º Período Ordinario de Sesiones: Principios sobre el Derecho de Acceso a la Información. 7 de agosto de 2008. Punto resolutivo 2.

⁴⁰ Art.6, fracciones I y IV, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁴¹ Art. 3 num. 4). Decreto N° 170-2006.

que no cumplan con la obligación de proporcionar de oficio o se negaren a suministrar la información requerida u obstaculicen su acceso⁴².

En Nicaragua, la ley menciona como sujetos obligados a las instituciones públicas⁴³ entre las que cita a los poderes del Estado (Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral) con sus dependencias, organismos adscritos o independientes, entes autónomos y Gubernamentales, incluidas sus empresas; los Gobiernos Municipales y los Gobiernos Regionales Autónomos de la Costa Atlántica con sus correspondientes dependencias y empresas y las entidades autónomas establecidas en la Constitución Política de Nicaragua. También menciona a otras entidades⁴⁴ sometidas a la ley que son aquellas que sean concesionarias de fondos públicos, las personas que las apoyen o reciban recursos del presupuesto del Estado y sujetas a rendición de cuentas.

En El Salvador, según el artículo 7 de la Ley de Acceso a la Información están obligados todos los órganos del Estado o cualquier otra entidad u organismo que administra recursos públicos, bienes del Estado o ejecute actos de la administración pública. Asimismo, están obligadas las personas naturales o jurídicas que manejen recursos o información pública o ejecuten actos de la función estatal, nacional o local.

En Perú, el derecho de acceso a la información pública tiene como sujeto pasivo a cualquier entidad de la administración pública, pudiendo pertenecer esta entidad al sector estatal o ejercer funciones públicas por delegación expresa de una ley, como sería el caso de una universidad privada, un colegio profesional, las empresas privadas prestadoras de servicios públicos sujetas a regulación administrativa, notaría pública, etcétera⁴⁵.

En Ecuador, la ley de acceso reúne a los organismos y entidades que conforman el sector público y a las personas jurídicas cuyas acciones o participaciones pertenezcan en todo o en parte al Estado, exclusivamente sobre el destino y manejo de recursos del Estado. Cabe destacar el artículo 3.e que establece que “las corporaciones, fundaciones y organismos no gubernamentales (ONG) aunque tengan el carácter de privadas y sean encargadas de la

⁴² Art. 27. Decreto N° 170-2006.

⁴³ Art. 4 inc. c. Ley N° 621.

⁴⁴ *Idem*. Art. 4 inc. d.

⁴⁵ De conformidad con el artículo 2° de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública No. 27.806 se hace una remisión al artículo I del Título Preliminar de la Ley No. 27.444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

provisión o administración de bienes o servicios públicos, que mantengan convenios, contratos o cualquier forma contractual con instituciones públicas y/u organismos internacionales, siempre y cuando la finalidad de su función sea pública”. La ley también incluye como sujetos obligados a las personas jurídicas de derecho privado, que sean delegatarias o concesionarias o cualquier otra forma contractual de servicios públicos del Estado y a las que realicen gestiones públicas o se financien parcial o totalmente con recursos públicos y únicamente en lo relacionada con dichas gestiones o con las acciones o actividades a las que se destinen tales recursos.

En Argentina, el decreto 1172/03 es de aplicación en el ámbito de los organismos, entidades, empresas, sociedades, dependencias y todo otro ente que funcione bajo la jurisdicción del Poder Ejecutivo Nacional⁴⁶. Se aplica también a las organizaciones privadas a las que se hayan otorgado subsidios o aportes provenientes del sector público nacional, así como a las instituciones o fondos cuya administración, guarda o conservación esté a cargo del Estado Nacional a través de sus jurisdicciones o entidades y a las empresas privadas a quienes se les hayan otorgado mediante permiso, licencia, concesión o cualquier otra forma contractual, la prestación de un servicio público o la explotación de un bien del dominio público. Cabe destacar que ni el Poder Legislativo ni el Poder Judicial son alcanzados por este decreto ni cuentan con reglamentos autónomos para acceder a la información pública que ellos poseen.

En Colombia, como se dijo, no hay ley de acceso a la información pública. Sin embargo, la ley estatutaria aprobada en conciliación en el Senado en julio de 2012, ley que está pendiente de revisión por control constitucional automático ante la Corte Constitucional, prevé que son sujetos obligados toda entidad pública de las tres ramas del gobierno, en todos los niveles de la estructura estatal central o descentralizada por servicios o territorialmente, en los órdenes nacional, departamental, municipal y distrital. Asimismo, alcanza a los órganos, organismos o entidades estatales independientes o autónomos, a las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas, que presten servicios público, a cualquier persona natural o jurídica o dependencia de persona jurídica que desempeñe función pública o de autoridad pública y a las empresas públicas creadas por ley, y las empresas del Estado y sociedades en que este tenga participación superior al cincuenta por ciento o mayoría en la asamblea

⁴⁶ Anexo VII del Decreto 1172/03, artículo 2.

general. Cabe señalar, como curiosidad, que el artículo 5.g incluye a “los partidos o movimientos políticos y los grupos significativos de ciudadanos.”

En Costa Rica, finalmente, la Corte Suprema de Justicia ha determinado que el derecho de acceso a la información no aplica solamente al Estado, sino a quien cumple funciones públicas o ejecute recursos públicos⁴⁷.

e. Objeto del derecho

La definición de la información alcanzada por el derecho de acceso es un punto clave que puede limitar el alcance del mismo y su utilidad como herramienta para ejercer otros derechos y controlar la actividad del Estado. Desde este punto de vista, la definición utilizada por los regímenes legales debe ser generosa: toda la información que produce el Estado es pública, no importa el formato en el que ella esté.

La Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la CIDH ha sostenido que el derecho “recae sobre la información que está bajo custodia, administración o tenencia del Estado; la información que el Estado produce o que está obligado a producir; la información que está bajo poder de quienes administran los servicios y los fondos públicos, únicamente respecto de dichos servicios o fondos; y la información que el Estado capta, y la que está obligado a recolectar en cumplimiento de sus funciones.”⁴⁸

Asimismo, la resolución sobre los “Principios sobre el Derecho de Acceso a la Información” del Comité Jurídico Interamericano señaló que el acceso a la información “se refiere a toda la información significativa, cuya definición debe ser amplia, incluyendo toda la que es controlada y archivada en cualquier formato o medio”⁴⁹.

En México, la legislación prevé que la información pública a la cual pueden tener acceso las personas en el ejercicio de su derecho es aquella que se encuentre contenida en los documentos que cualquier autoridad, entidad, órgano u organismo federal, estatal y municipal obligado genere, obtenga, adquiera, transforme o conserve por cualquier título⁵⁰. Así, las autoridades están obligadas a entregar, cuando lo soliciten las personas mediante el ejercicio

⁴⁷ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Exp. 03-010830-0007-CO. Res. 2004-09705, San José, Costa Rica. 31 de agosto de 2004.

⁴⁸ CIDH, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, Informe Anual 2009, Cap. IV, párr. 21.

⁴⁹ *Cfr.* Comité Jurídico Interamericano. Resolución 147 del 73º Período Ordinario de Sesiones: Principios sobre el Derecho de Acceso a la Información. 7 de agosto de 2008.

⁵⁰ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Artículo 3, fracción V.

de su derecho, aquellos documentos⁵¹ que se encuentren dentro de sus archivos, de acuerdo con el principio de máxima divulgación.

En Honduras, la información a la que se tiene acceso está listada en la ley⁵², sin embargo la misma pone como condicionamiento la posibilidad de reproducción de la información. La regulación menciona a la información ya producida pero no hace referencia a la información que esté obligado a recolectar en cumplimiento de sus funciones. En el mismo sentido, en Nicaragua también está listada por la ley⁵³.

En El Salvador, la ley dispone que toda persona tenga acceso a la información pública, que se define como “aquella en poder de los entes obligados contenida en documentos, archivos, datos, bases de datos, comunicaciones y todo tipo de registros que documenten el ejercicio de sus facultades o actividades, que consten en cualquier medio, ya sea impreso, óptico o electrónico, independientemente de su fuente, fecha de elaboración, y que no sea confidencial. Dicha información podrá haber sido generada, obtenida, transformada o conservada por éstos a cualquier título”. La ley también establece un mandato para que las personas e instituciones obligadas produzcan cierto tipo de información de forma oficiosa⁵⁴.

⁵¹ El artículo 3, fracción III, de la LFT señala que estos documentos se refieren a todos aquellos “expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, estadísticas o bien, cualquier otro registro que documente el ejercicio de las facultades o la actividad de los sujetos obligados y sus servidores públicos, sin importar su fuente o fecha de elaboración. Los documentos podrán estar en cualquier medio, sea escrito, impreso, sonoro, visual, electrónico, informático u holográfico”.

⁵² “Todo archivo, registro, dato o comunicación contenida en cualquier medio, documento, registro impreso, óptico o electrónico u otro que no haya sido previamente clasificado como reservado que se encuentre en poder de las Instituciones Obligadas, y que pueda ser reproducida. Dicha información incluirá la contenida en los expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, decretos, acuerdos, directrices, estadísticas, licencias de todo tipo, personalidades jurídicas, presupuestos, liquidaciones presupuestarias, financiamientos, donaciones, adquisiciones de bienes, suministros y servicios, y todo registro que documente el ejercicio de facultades, derechos y obligaciones de las Instituciones Obligadas sin importar su fuente o fecha de elaboración” Art. 3 num. 5). Decreto N° 170-2006.

⁵³ “La presente Ley tiene por objeto normar, garantizar y promover el ejercicio del derecho de acceso a la información pública existente en los documentos, archivos y bases de datos de las entidades o instituciones públicas, las sociedades mixtas y las subvencionadas por el Estado, así como las entidades privadas que administren, manejen o reciban recursos públicos, beneficios fiscales u otros beneficios, concesiones o ventajas. La información privada en poder del Estado no será considerada de libre acceso público.” *Idem*. Art. 1.

“k. Información Pública: La información que produce, obtiene, clasifica y almacena la administración pública en el ejercicio de sus atribuciones y funciones, así como aquella que esté en posesión de entidades privadas en lo que se refiere a los recursos públicos, beneficios fiscales u otros beneficios, concesiones o ventajas.” *Idem*. Art. 4, inc. k.

⁵⁴ Decreto 534 del 2 de diciembre de 2010. Artículos 10 al 18. Disponible en <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org/documentos/Leyaccesoalainforacion.pdf>>.

En Perú, la legislación vigente prevé que la información pública a la cual pueden tener acceso las personas en el ejercicio de su derecho es aquella que se encuentre contenida en los documentos que cualquier autoridad, entidad, órgano u organismo nacional, regional y local que genere, obtenga, adquiera, transforme o conserve por cualquier título⁵⁵ y no tenga la calidad de reservada.

En Ecuador, el artículo 5 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública define a la información como “todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.”⁵⁶

En Argentina, el decreto 1172/03 define como información pública a “toda constancia en documentos escritos, fotográficos, grabaciones, soporte magnético, digital o en cualquier otro formato y que haya sido creada u obtenida por los sujetos mencionados en el artículo 2º o que obre en su poder o bajo su control, o cuya producción haya sido financiada total o parcialmente por el erario público, o que sirva de base para una decisión de naturaleza administrativa, incluyendo las actas de las reuniones oficiales”⁵⁷. Cabe destacar que dicha disposición prevé que el sujeto obligado deberá entregar la información “siempre que ello no implique la obligación de crear o producir información con la que no cuente al momento de efectuarse el pedido, salvo que el Estado se encuentre legalmente obligado a producirla, en cuyo caso debe proveerla.”

En Colombia, la ley estatutaria que aún no ha entrado en vigencia define a la información “como un conjunto organizado de datos contenido en cualquier documento que los sujetos obligados generen, obtengan, adquieran, transformen o controlen” y a la información pública como aquella que “independientemente del sujeto que la genere, obtenga, adquiera, transforme o controle, sea considerada de interés público.”⁵⁸ En Costa Rica tampoco hay ley de acceso a la información pública, y la jurisprudencia constitucional no ha hecho especial referencia a este punto.

⁵⁵ *Cfr.* Artículo 10 de Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública, Ley N° 27.806.

⁵⁶ *Cfr.* Artículo 5 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a Información Pública, No. 24.

⁵⁷ *Cfr.* Decreto 1172/03, artículo 5.

⁵⁸ *Cfr.* Artículo 6 de la proyecto de ley 156 de 2011 Senado-228 de 2012 Cámara, por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones.

f. Obligaciones del Estado

Como se sostuvo antes, el derecho de acceso a la información pública es una herramienta fundamental para la participación ciudadana, para el control de la corrupción y para el ejercicio de otros derechos humanos. Además, la correcta implementación de este derecho impone al Estado más obligaciones que simplemente contestar los pedidos de acceso a la información que se le presenten: debe hacerlo de manera oportuna, completa y accesible. Asimismo, debe contar con un recurso administrativo eficiente para satisfacer el derecho y con uno judicial que garantice una revisión suficiente de las decisiones de la administración. Finalmente, el Estado tiene varias obligaciones de transparencia activa que surgen de los estándares internacionales de derechos humanos y de muchos tratados que imponen, específicamente, obligaciones de producir cierta información a los Estados.

En este sentido, cabe recordar que en la Declaración Conjunta de 2004, los relatores para la libertad de expresión de la ONU, la OEA y la OSCE precisaron que, “las autoridades públicas deberán tener la obligación de publicar de forma dinámica, incluso en la ausencia de una solicitud, toda una gama de información de interés público”; y que “se establecerán sistemas para aumentar, con el tiempo, la cantidad de información sujeta a dicha rutina de divulgación”. Esta obligación también fue señalada por el Comité Jurídico Interamericano que en los *Principios sobre el Derecho de Acceso a la Información* estableció que, “los órganos públicos deben difundir información sobre sus funciones y actividades— incluyendo su política, oportunidades de consultas, actividades que afectan al público, presupuestos, subsidios, beneficios y contratos—de forma rutinaria y proactiva, aún en la ausencia de una petición específica, y de manera que asegure que la información sea accesible y comprensible”.

Finalmente, cabe referir a la *Ley Modelo de Acceso a la Información* de la OEA que en el artículo 11.1 desarrolla un largo listado de información que el Estado debería difundir de manera proactiva. Para los fines de esta investigación, cabe destacar como relevantes los *ítems* vinculados a “detalles pertinentes sobre todo servicio que brinde directamente al público, incluyendo normas, cartas y protocolos de atención al cliente” (11.1) y a [l]os documentos de políticas públicas (12.1).

Para analizar estas cuestiones se procederá por país, analizando en cada caso en particular la satisfacción de estas obligaciones y señalando otras incluidas en los regímenes legales o que surjan de su contexto constitucional.

(a) MÉXICO

En México, de acuerdo con la Constitución, el Estado mexicano debe establecer “mecanismos de acceso a la información y procedimientos de revisión expeditos. Estos procedimientos se sustanciarán ante órganos u organismos especializados e imparciales, y con autonomía operativa, de gestión y de decisión”⁵⁹. En el caso del gobierno federal, dicho órgano es el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI).

El Estado mexicano promueve activamente el uso de internet a nivel nacional como mecanismo para la presentación de solicitudes de información y emisión de las respuestas de las dependencias y entidades federales y locales. Para ello, el IFAI creó el sistema *Infomex*, un sitio de internet en el que los particulares pueden presentar solicitudes de información a la dependencia de su elección y dar seguimiento a su solicitud. Debido a la organización federal de México, en el ámbito local las entidades tienen la opción de participar en este sistema mediante la firma de un convenio con el IFAI para la creación de un portal de acceso a la información en internet de *Infomex* específicamente para la entidad que lo solicita. Actualmente, los 31 estados y el Distrito Federal han firmado dicho convenio con el IFAI. De estas entidades, 25 ya tienen en operación su sitio de *Infomex* local y en las siete restantes el sistema se encuentra en proceso de desarrollo⁶⁰.

En aquellos casos en los que las dependencias o entidades resuelven negar la información solicitada por los particulares o declaran la inexistencia de tal información, la ley contempla la existencia de un recurso de revisión *administrativo* que los particulares pueden promover dentro de los quince días siguientes ante el IFAI o el organismo local especializado en la materia para que éste, en el ámbito de sus facultades, resuelva desechar o sobreseer el recurso u ordenar a la dependencia o entidad que permita al particular el acceso a la información solicitada o a los datos personales, reclasifique la información o que modifique tales datos⁶¹. Este recurso también procede cuando la dependencia o entidad no entregue al

⁵⁹ Artículo 6.IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁶⁰ Información de Proyectos INFOMEX, Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, <http://www.proyectoinfomex.org.mx/>.

⁶¹ *Cfr.* Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículo 49 y ss.

solicitante los datos personales solicitados, o lo haga en un formato incomprensible; la dependencia o entidad se niegue a efectuar modificaciones o correcciones a los datos personales; el solicitante no esté conforme con el tiempo, el costo o la modalidad de entrega o el solicitante considere que la información entregada es incompleta o no corresponda a la información requerida en la solicitud. Según el artículo 59 de la ley, “[I]as resoluciones del Instituto serán definitivas para las dependencias y entidades”, pero los “particulares podrán impugnarlas ante el Poder Judicial de la Federación”.

Finalmente, en relación a las obligaciones de transparencia activa, la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental establece en su artículo 29 que cada dependencia deberá contar con un Comité de Información que, entre otras tareas, deberá “establecer y supervisar la aplicación de los criterios específicos para la dependencia o entidad, en materia de clasificación y conservación de los documentos administrativos, así como la organización de archivos” y “elaborar un programa para facilitar la obtención de información de la dependencia o entidad, que deberá ser actualizado periódicamente y que incluya las medidas necesarias para la organización de los archivos”⁶².

(b) HONDURAS

En Honduras, la ley establece la obligación de brindar información completa, veraz, adecuada y oportuna⁶³, y se dispone de un recurso⁶⁴ gratuito⁶⁵ ante el IAIP en caso de que la misma no sea entregada o la solicitud sea negada. Además, es un deber de los sujetos obligados asesorar a quienes soliciten información sobre la manera de formular la solicitud⁶⁶, trámites, procedimientos y diligenciamiento de formularios⁶⁷.

La Ley establece que las instituciones obligadas deben capacitar a los servidores públicos en cultura de acceso a la información, la cultura de apertura informativa, la

⁶² *Cfr.* Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículo 29.

⁶³ Art. 4. Decreto N° 170-2006.

⁶⁴ La resolución del IAIP, órgano de aplicación de la ley, puede, entre otras cosas, disponer la revocación o modificación de la decisión de la institución obligada y ordenarle que permita al solicitante el acceso a la información solicitada o su reclasificación. Si bien la ley, como ya se mencionó, establece la obligación de fundar la negativa por parte del sujeto obligado, no establece la obligación del IAIP de fundar su resolución denegatoria. Las resoluciones del IAIP procede el recurso de amparo en los términos de la Ley de Justicia Constitucional. Art. 26. Decreto N° 170-2006.

⁶⁵ Art. 15. Decreto N° 170-2006. Art. 34 del Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

⁶⁶ Art. 37 Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

⁶⁷ *Idem.* Art. 38.

transparencia de la gestión pública, el contenido de la ley y los procedimientos específicos para hacer efectivo el derecho de acceso a la información. Sin embargo al consultar al Ministerio de Salud si la institución contaba con políticas de capacitación a funcionarios sobre el derecho de acceso a la información, no se obtuvo respuesta.

Con respecto a la obligación de transparencia activa el marco legal menciona una lista de las informaciones que deben difundirse de oficio y ser actualizadas periódicamente⁶⁸, sin embargo esta lista no menciona “(a) la información que se requiere para el ejercicio de otros derechos—por ejemplo, (b) la que atañe a la satisfacción de los derechos sociales como los derechos a la pensión, a la salud o a la educación la oferta de servicios, beneficios, subsidios o contratos de cualquier tipo”⁶⁹.

El IAIP tiene la obligación de lograr el acceso a la información a las personas o grupos vulnerables para el ejercicio efectivo de su derecho de acceso a la información pública⁷⁰.

(c) NICARAGUA

En Nicaragua, la ley establece la obligación de brindar información completa, adecuada y oportuna⁷¹, la consulta y el acceso a la información son gratuitos⁷² y sólo se puede percibir un monto razonable para recuperar el costo de la reproducción y los gastos de envío. Además, es un deber de los servidores públicos “facilitar y hacer posible a los ciudadanos la localización y el acceso a la información”⁷³ así como asesorar y orientarlos en el proceso de obtención de la información⁷⁴, y no se podrá requerir en ningún caso la motivación o justificación del pedido⁷⁵.

En los casos en que las entidades no se expidan dentro del plazo de ley se considera como silencio administrativo positivo, en consecuencia el recurso dispuesto por la ley es únicamente en el caso que se deniegue la información solicitada en forma expresa⁷⁶ pero no

⁶⁸ *Idem.* Art. 13.

⁶⁹ El derecho de Acceso a la información en el marco jurídico interamericano. 2009. Para. 32.

⁷⁰ Art. 34. Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

⁷¹ *Idem.* Art. 3 inc. 1.

⁷² *Idem.* Art. 31.

⁷³ *Idem.* Art. 11.

⁷⁴ *Idem.* Art. 27.

⁷⁵ *Idem.* Art. 28.

⁷⁶ *Idem.* Art. 35.

contempla los casos en que la información proveída no sea pertinente, esté fragmentada o no sea inteligible para una persona no experta en la materia.

Contra una resolución negativa, que en todos los casos deberá ser motivarse bajo pena de nulidad⁷⁷, se puede interponer un recurso ante la *Oficina de Coordinación del Acceso a la Información Pública* que corresponda, donde la resolución debe dictarse dentro de los treinta días, dicha resolución a la vez puede ser recurrida ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa e incluso recurrir a esta última directamente sin agotar la vía administrativa⁷⁸, esta jurisdicción no tiene un plazo máximo para dictar resolución.

La labor de las OAIPs parecer ser más una labor indicativa que explicativa y que permita obtener la información solicitada⁷⁹. La experiencia en nuestra investigación ha sido, en ese sentido, decepcionante: una de las entidades ni siquiera contestó el pedido y la otra no nos proveyó siquiera la mínima indicación de dónde podría ubicarse la información, mucho menos aún se nos proveyó la información solicitada. Tampoco existió asesoramiento ni orientación con respecto a los trámites o procedimientos para garantizar el acceso a la información por parte de los funcionarios de las instituciones consultadas, así mismo, según la ley hubiésemos podido interponer un recurso ante la OCAIP correspondiente o ante la jurisdicción contencioso-administrativa, pero estos trámites hubieran tomado mucho más tiempo y recursos, debido a que los plazos para la resolución de los recursos no son razonables ni tampoco se especifica que sean gratuitos o de bajo costo.

Con respecto a la obligación de transparencia activa el marco legal menciona una lista de las informaciones que deben difundirse de oficio y ser actualizadas periódicamente⁸⁰ pero sólo se menciona la modalidad electrónica, es decir, a través de páginas web y sistemas computacionales⁸¹.

Si bien uno de los principios consagrados por la ley es la participación ciudadana⁸² y se hacen menciones específicas con respecto a la difusión de minutas de reuniones en las que se

⁷⁷ *Idem.* Art. 35.

⁷⁸ *Idem.* Art. 37 y ss.

⁷⁹ *Idem.* Art. 11.

⁸⁰ *Idem.* Art. 20 y 21.

⁸¹ *Idem.* Art. 20, 21, 22 y 23.

⁸² *Idem.* Art. 3 inc. 4.

adopten decisiones públicas⁸³ y la obligación del estado de “poner a disposición, de manera oportuna y completa, a los pueblos indígenas y comunidades afro-descendientes, toda información, diagnósticos, estudios, prospecciones y/o información pública de otra naturaleza, para contribuir al proceso de su desarrollo y bienestar socioeconómico, en base al conocimiento de su propia realidad”⁸⁴, no hay ninguna referencia con respecto a garantizar la difusión oficiosa de información que se requiera para el ejercicio de derechos sociales—como a la pensión, a la salud o a la educación la oferta de servicios, beneficios, subsidios o contratos de cualquier tipo⁸⁵. Con respecto al acceso de las personas que no tienen acceso a las tecnologías, la ley establece en uno de sus principios⁸⁶ la no discriminación y en otro menciona la obligación de proveer la información en las distintas lenguas⁸⁷ pero en ya en la operativización del derecho menciona únicamente los medios electrónicos.

El marco normativo no menciona la obligación del Estado y sus órganos de producir o captar información que se necesita para el cumplimiento de sus deberes, según lo establecido por normas internacionales, constitucionales o legales. La falta total de respuestas por parte de las instituciones consultadas muestra un grave incumplimiento a su obligación de brindar información y además presumimos que probablemente la información solicitada no se había captado ni sistematizado.

La ley establece la obligación de las instituciones públicas de capacitar a sus servidores públicos acerca del derecho de acceso a la información⁸⁸ y del Ministerio de Educación y otras entidades educativas de incluir el tema en los planes y programas de estudio⁸⁹ para su promoción. Sin embargo, si bien nuestros pedidos de acceso a la información eran relevantes en este sentido, no se pudo comprobar el grado de satisfacción de estas obligaciones estatales porque ninguna de las instituciones respondió el cuestionario con respecto a estos temas.

⁸³ *Idem.* Art. 24.

⁸⁴ *Idem.* Art. 25.

⁸⁵ El derecho de Acceso a la información en el marco jurídico interamericano. 2009. Para. 32.

⁸⁶ Art. 3 num. 1. Ley N° 621.

⁸⁷ *Idem.* Art. 3 num. 3.

⁸⁸ *Idem.* Art. 43.

⁸⁹ *Idem.* Art. 44 y 45.

(d) EL SALVADOR

Como se mencionó, todas las entidades obligadas deben por ley producir información de forma oficiosa acerca de sus presupuestos y la ejecución de los mismos, información acerca de empleo en la institución, criterios de selección y categorías salariales, planes operativos, contratación, y aún más relevante para el tema de éste informe, dichas instituciones deben también proporcionar información sobre “los servicios que ofrecen, los lugares y horarios en que se brindan, los procedimientos que se siguen ante cada ente obligado y sus correspondientes requisitos, formatos y plazos”⁹⁰. A la fecha ninguna de estas disposiciones se cumplen en la práctica, como pudimos comprobarlo en nuestra investigación. Si por ejemplo, una mujer acude a un servicio de salud, la información sobre servicios de salud reproductiva que recibe de manera oficiosa es muy poca y se limita casi exclusivamente al embarazo, dejando de lado los métodos de planificación familiar y/o consejería alrededor de los mismos.

La ley dispone en sus artículos 45 y 46 que todos los entes obligados deben capacitar a sus servidores públicos de forma periódica en materia del derecho de acceso a la información pública y el ejercicio del derecho a la protección de datos personales. Asimismo, la ley dispone que el Ministerio de Educación debe incluir en sus planes y programas de estudio de educación formal básica, contenidos que versen sobre éstos derechos. A la fecha estas disposiciones no se están cumpliendo, pues como se explicó, los organismos encargados de aplicar la ley no han sido creados.

Para acceder a información que la ley no dispone debe ser divulgada de oficio, la persona deberá solicitar por escrito o mediante formulario ante un Oficial de Información de la entidad pública a la que se acude, la descripción de la información de lo que necesita⁹¹. Si la información se refiere a aquella en manos de una persona natural o jurídica de carácter privado, deberá ser solicitada ante el ente público al que corresponda su vigilancia⁹². Una vez presentada la solicitud, el Oficial debe hacer todas las gestiones necesarias para recabar la información, que deberá entregar en un plazo máximo de 10 días hábiles si la misma no se extiende a los 5 años anteriores a la fecha de la solicitud, pero que podrá ampliar hasta por 10

⁹⁰ Decreto 534 del 2 de diciembre 2010. Artículo 10. Disponible en <<http://www.accesoinformacionelsalvador.org/documentos/Leyaccesoalainforacion.pdf>>.

⁹¹ *Idem*. Artículo 66.

⁹² *Idem*. Artículo 67.

días más si la información se generó más de 5 años atrás. El plazo podrá ampliarse por 5 días más si la información solicitada es muy compleja⁹³. Si no se obtiene respuesta dentro del plazo⁹⁴, o si la misma es denegada o se entrega de forma incompleta⁹⁵, se puede acudir ante el Instituto de Acceso a la Información Pública, que tomará una resolución al respecto, podrá ordenar medidas cautelares que aseguren el acceso a la información, e iniciará un proceso de investigación y sanción contra el Oficial renuente de ser procedente⁹⁶. Si el Instituto deniega también el acceso a la información, puede interponerse un recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Corte Suprema de Justicia⁹⁷. Nuevamente, cabe advertir que ninguna de estas disposiciones se está aplicando en la práctica, y las mismas resultaron irrelevantes para efectos de esta investigación, pues aún no existen los Oficiales de Acceso a la Información en ninguna de las entidades a que acudimos, así como tampoco se ha conformado el Instituto de Acceso a la Información Pública.

(e) PERÚ

En Perú, todas las dependencias o entidades públicas tienen la obligación de proporcionar a las personas información sobre los procedimientos y los trámites que se deben seguir para poder ejercer este derecho. En atención a ello para acceder a información pública se requiere una solicitud de información que debe ser dirigida al funcionario o a la entidad de la administración pública de quien se requiera. Dicho encargado de proveerla deberá otorgarla en un plazo no mayor de siete días útiles; plazo que se podrá prorrogar en forma excepcional por cinco días adicionales, de mediar circunstancias que hagan inusualmente difícil reunir la información solicitada. En tal caso, la entidad deberá comunicar por escrito, antes del vencimiento del primer plazo, las razones por las que hará uso de tal prórroga, de no hacerlo se considera denegado el pedido. En el supuesto de que la entidad de la administración pública no posea la información solicitada y de conocer su ubicación y destino, esta circunstancia deberá ser puesta en conocimiento del solicitante.

Dicha denegatoria al acceso a la información no podrá sustentarse en la identidad del solicitante y debe ser debidamente fundamentada por escrito de conformidad a las

⁹³ *Idem.* Artículos 69 a 71.

⁹⁴ *Idem.* Artículo 75.

⁹⁵ *Idem.* Artículos 82 a 96.

⁹⁶ *Idem.* Artículos 76 a 81.

⁹⁷ *Idem.* Artículo 101.

excepciones del principio de publicidad, señalándose un plazo por el que se prolongará dicho impedimento el cual una vez terminado podrá accederse a la información.

De no mediar respuesta en los plazos previstos por la ley se debe considerar el pedido de información denegado, ante lo cual puede solicitar que sea nuevamente revisada a través de un recurso de apelación. Si dicha apelación se resuelve en sentido negativo, o la entidad correspondiente no se pronuncia en un plazo de diez días útiles de presentado el recurso, el solicitante podrá dar por agotada la vía administrativa.

Al agotar la vía administrativa, el solicitante que no obtuvo la información requerida podrá optar por iniciar el proceso contencioso administrativo, de conformidad con lo señalado en la Ley No. 27.584 u optar por el proceso constitucional del Hábeas Data, de acuerdo con lo señalado por la Ley No. 26.301. Asimismo, la denegatoria por parte de la entidad del Estado se puede deber a la inexistencia de la información o datos solicitados, por lo que se debe dar respuesta al requerimiento de manera escrita y argumentada.

Finalmente, cabe destacar que la ley incluye en su artículo 5 varias disposiciones vinculadas con *obligaciones de transparencia activa*. En efecto, las entidades de la administración pública deben publicar, de manera progresiva, información conteniendo “[d]atos generales de la entidad de la Administración Pública que incluyan principalmente las disposiciones y comunicados emitidos, su organización organigrama, procedimientos, el marco legal al que está sujeta y el Texto Único Ordenado de Procedimientos Administrativos, que la regula, si corresponde.” También deberán publicar la información presupuestal sobre los presupuestos ejecutados, proyectos de inversión, partidas salariales y los beneficios de los altos funcionarios y el personal en general, así como sus remuneraciones. También se deberá publicar las adquisiciones de bienes y servicios que realicen. La publicación incluirá el detalle de los montos comprometidos, los proveedores, la cantidad y calidad de bienes y servicios adquiridos, así como las actividades oficiales que desarrollarán o desarrollaron los altos funcionarios de la respectiva entidad, entendiéndose como tales a los titulares de la misma y a los cargos del nivel subsiguiente.

(f) ECUADOR

En Ecuador, de conformidad con la *Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública*, cualquier persona interesada en acceder a la información que reposa, manejan o producen los organismos y entidades que conforman el sector público o entidades

privadas que tengan participación del Estado o sean concesionarios de éste, deberá solicitarla por escrito ante el titular de la institución respectiva, quien contestará dicha solicitud en el plazo de diez días, mismo que puede prorrogarse por cinco días más, por causas debidamente justificadas e informadas al peticionario.

Si como resultado de este pedido en instancia administrativa se hubiere negado en forma expresa o tácita la información solicitada o se la hubiere proporcionado en forma incompleta, alterada o falsa o cuando se ha negado el acceso físico a las fuentes de información, la Ley garantiza a la persona interesada el uso de la instancia judicial, la cual además, constituye una garantía jurisdiccional consagrada en el artículo 91 de la Constitución de la República y los artículos 47 y 48 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Jurisdiccional. Mediante este recurso judicial, denominado *Acción de Acceso a la Información Pública*, se podrá acudir ante cualquier juez o jueza del domicilio del poseedor de la información requerida para que ordene el suministro de la información requerida. De la resolución que dicte este juez o jueza se podrá apelar ante la Corte Provincial. Quienes no proporcionen la información solicitada, o la proporcionen en forma incompleta, alterada o falsa serán sancionados, según la gravedad de la falta, y sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar, por las respectivas autoridades o entes nominadores, con multa, suspensión de sus funciones por el tiempo de treinta días sin derecho a sueldo o remuneración y destitución del cargo en caso de que, a pesar de la multa o suspensión impuesta, se persistiere en la negativa a la entrega de la información.

(g) ARGENTINA

En Argentina, el decreto 1172/03 que se aplica al Poder Ejecutivo no contiene obligaciones de transparencia activa ni prevé ningún tipo de normativa en relación a archivos, producción o conservación de información. Es más, el artículo 6 de ese decreto prevé explícitamente que el Estado “debe proveer la información mencionada siempre que ello no implique la obligación de crear o producir información con la que no cuente al momento de efectuarse el pedido, salvo que el Estado se encuentre legalmente obligado a producirla.” Esto representa, en ocasiones, obstáculos para el acceso a información pública relevante que el Estado no produce o que produce con retraso o de modo incompleto. De todas formas, el artículo 10 del decreto establece que “los sujetos en cuyo poder obre la información deben prever su adecuada organización, sistematización y disponibilidad, asegurando un amplio y fácil acceso. La información debe ser provista sin otras condiciones más que las expresamente establecidas en

el presente. Asimismo deben generar, actualizar y dar a conocer información básica, con el suficiente detalle para su individualización, a fin de orientar al público en el ejercicio de su derecho.” El problema de esta disposición es que el decreto no contiene ningún tipo de mecanismo capaz de hacer cumplir esta directiva.

En cuanto al procedimiento, el decreto prevé los principios de “igualdad, publicidad, celeridad, informalidad y gratuidad”, por lo que los pedidos de acceso a la información pueden hacerse de un modo bastante informal, aunque siempre deben ser presentados por escrito y con la firma e identificación de la persona que lo realiza. El acceso público a la información es gratuito en tanto no se requiera su reproducción, pero las copias son a costa del solicitante. En general, sin embargo, las copias de los documentos también son entregadas a quienes los solicitan de forma gratuita.

Los sujetos obligados tienen diez días hábiles para responder los pedidos de acceso a la información: ellos podrán extender ese plazo por diez días más “de mediar circunstancias que hagan difícil reunir la información solicitada.” El sujeto requerido sólo puede negarse a brindar la información objeto de la solicitud, por acto fundado, si se verifica que la misma no existe o que está incluida dentro de alguna de las excepciones previstas en el presente. Si vence el plazo establecido por el decreto o la prórroga –si la administración invocó esa prerrogativa— sin que haya contestación, o ella fue ambigua, parcial o inexacta, el decreto considera que hubo negativa en brindarla y se habilita la acción de *amparo por mora*, que tiende a obtener respuesta de la administración. Sin embargo, jurisprudencialmente existe unanimidad en que ante supuestos de este estilo corresponde aplicar la acción de amparo constitucional regulada en el artículo 43 de la Constitución Nacional, que permite un acceso directo a la jurisdicción y habilita a los jueces a resolver sobre el fondo del asunto.

En cuanto a procedimientos administrativos, el decreto no establece ninguna autoridad independiente o autónoma con el poder de implementar este derecho. Ello hace que, en la práctica, no exista un mecanismo administrativo para reclamar ante casos de denegación de información o falta de respuesta. Si bien el artículo 19 del decreto prevé que la Oficina Anticorrupción está encargada de recibir, formular e informar a las autoridades responsables, las denuncias que se formulen en relación con el incumplimiento del presente régimen, ese mecanismo no es usualmente utilizado porque no es percibido como efectivo por quienes utilizan la herramienta.

(h) COSTA RICA

En Costa Rica no hay ley de acceso a la información. Sin embargo, las obligaciones del Estado no son únicamente las de responder de manera oportuna, completa y accesible (cumpliendo así con los principios constitucionales de eficacia, eficiencia, simplicidad y celeridad en el cumplimiento de las funciones administrativas), sino que también la jurisprudencia de la Corte Suprema ha reconocido el “principio del informalismo a favor del administrado”, según el cual cualquier solicitud de acceso a la información planteada ante una instancia diversa de la que la posee, pero del mismo órgano público, tiene la obligación de trasladar inmediatamente la solicitud a la instancia competente para resolverla⁹⁸.

La Ley de la Jurisdicción Constitucional refiere a los mecanismos para satisfacer el derecho: ella Instituye el recurso de amparo ante la violación del derecho de petición, el cual se vincula directamente con el deber de las Administraciones Públicas de responder las peticiones de los ciudadanos en forma pronta. Específicamente en su artículo 32 refiere la posibilidad de interponer el recurso de amparo si no se tiene respuesta en el plazo de diez días.

(i) COLOMBIA

Si bien la ley estatutaria de acceso a la información pública aún no está vigente, el legislador colombiano reguló el ejercicio del derecho de petición, establecido en el artículo 20 de la CPC, al cual se hizo referencia anteriormente. Este derecho se encuentra regulado en la ley 1437 de 2011⁹⁹, la cual señala que mediante él se podrá “*solicitar el reconocimiento de un derecho o que se resuelva una situación jurídica, que se [...] preste un servicio, pedir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos*” (artículo 13). Salvo excepción legal que disponga lo contrario, las peticiones deberán ser resueltas dentro de los 15 días siguientes a su presentación. Las peticiones mediante las cuales se soliciten documentos, en los 10 días siguientes a su presentación (artículo 14). La petición deberá contestarse de inmediato –y no

⁹⁸ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica. Exp. 04-010480-0007-CO. Res. 2005-00774. Considerando IV. San José, Costa Rica. 28 de enero de 2005. Disponible en <http://200.91.68.20/scij/busqueda/jurisprudencia/jur_repartidor.asp?param1=XYZ&nValor1=1&nValor2=365503&strTipM=T&strDirSel=directo>.

⁹⁹ Ley 1437 de 2011 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.

atendiendo a los plazos mencionados— cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la medida solicitada en ella (artículo 20). La información a la que puede accederse tiene excepciones (artículo 24), entre las cuales se cuenta la historia clínica cuando ella no es solicitada por el paciente titular de ella. El derecho de petición no solo es procedente ante instituciones públicas, sino también ante organizaciones privadas (artículo 32), y entre ellas se menciona de manera expresa aquellas que hagan parte del Sistema de Seguridad Social Integral (artículo 33).

Es importante mencionar que las normas de la ley 1437 de 2011 que regulan el derecho de petición —artículos 13 a 33— fueron declaradas inconstitucionales por la Corte Constitucional por vicios de forma en su tramitación¹⁰⁰. Teniendo en cuenta la importancia del tema regulado por tales normas y los efectos adversos que conllevaría eliminarlos inmediatamente del ordenamiento jurídico colombiano, los efectos de la declaratoria de inexequibilidad fueron diferidos, disponiendo que ellos solo se surtirán a partir del 31 de diciembre de 2014. A pesar de que la decisión de la Corte Constitucional fue tomada en noviembre de 2011, hasta la fecha no ha sido presentado al Congreso de la República ningún proyecto de ley con el fin de regular el derecho de petición siguiendo el trámite de las leyes estatutarias.

g. Limitaciones

El principio 4 de la Declaración de Principios de Libertad de Expresión establece que “[e]l acceso a la información [...] sólo admite limitaciones excepcionales que deben estar establecidas previamente por la ley para el caso que exista un peligro real e inminente que amenace la seguridad nacional en sociedades democráticas”. En este sentido, las limitaciones al acceso a la información deben entenderse como restricciones a un derecho humano fundamental, por lo que ellas deben superar el *test tripartito* establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos al efecto. Dicho test supone que las restricciones, para ser válidas, deben estar establecidas por medio de una ley, deben buscar satisfacer un objetivo legítimo bajo la Convención Americana de Derechos Humanos y deben ser necesarias en una sociedad democrática.

¹⁰⁰ Corte Constitucional de Colombia, sentencia C-818 de 2011. En esa sentencia la Corte indicó que la regulación del derecho de petición, por tratarse de un derecho fundamental, debía seguir el procedimiento previsto para las leyes estatutarias (artículo 152 de la CPC), mas no el de las leyes ordinarias (154 a 157), que fue el que se le dio a la ley 1437.

(a) MÉXICO

En México el principio de máxima divulgación está, como se mencionó antes, expresamente previsto en la Constitución. Por ello, la *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental* establece los criterios a partir de los cuales las autoridades están excepcionalmente facultadas para negar la entrega de información a los particulares. A partir de ellos las autoridades pueden clasificar la información como *confidencial o reservada*, siempre y cuando la autoridad motive esta decisión¹⁰¹.

Dichas excepciones para negar el acceso a la información pública satisfacen un interés legítimo, de acuerdo con los parámetros establecidos por la Convención Americana de Derechos Humanos¹⁰², debido a que están orientadas a proteger información de relevancia para la seguridad (financiera, fiscal o comercial) del país, las relaciones internacionales o de particulares, para la impartición de justicia y para la persecución de delitos¹⁰³ así como proteger los datos personales de los particulares que estén en posesión de las autoridades¹⁰⁴. De esta manera, las excepciones pueden ser consideradas como idóneas, proporcionales y necesarias en una sociedad democrática en virtud de que su objetivo es la preservación de intereses públicos imperativos.

Cabe destacar que la reserva de la información no es permanente pues la legislación establece que la información podrá permanecer como reservada hasta por un periodo de 12 años con la posibilidad de que sea desclasificada una vez que las causas que motivaron su clasificación se extingan y sólo excepcionalmente la autoridad podrá solicitar una ampliación de este plazo¹⁰⁵.

Además, la legislación en la materia regula el resguardo de los datos personales que estén en posesión de las entidades o dependencias públicas¹⁰⁶ para lo cual establece que éstos pueden ser transmitidos a terceros previa autorización del titular de los datos o cuando sin autorización del titular, entre otros supuestos, la información sea utilizada con fines

¹⁰¹ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículos 13 y 14.

¹⁰² Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 13.2.b.

¹⁰³ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículo 18.

¹⁰⁴ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículos 13 y 14.

¹⁰⁵ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículo 15.

¹⁰⁶ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículo 20.

estadísticos, científicos o de interés general, previo procedimiento por el cual no puedan asociarse los datos personales con el individuo a quien se refieran¹⁰⁷.

Consecuentemente, a pesar de la existencia de excepciones al principio de máxima divulgación, la clasificación de la información no supone una barrera para el acceso a los documentos que contienen dicha información pues, a su vez, la legislación expresamente establece que las entidades y dependencias están obligadas a entregar los documentos que se encuentren en sus archivos cuyas partes consideradas como confidenciales o reservadas puedan ser eliminadas.

Durante la solicitud de la información para esta investigación, dichas excepciones no constituyeron algún impedimento para su obtención.

(b) HONDURAS

El régimen de limitaciones del marco normativo no es particularmente claro, ya que las excepciones se encuentran mencionadas de manera muy vaga en la ley¹⁰⁸ y en ningún lugar definiéndolas de manera clara y precisa¹⁰⁹ y únicamente en el decreto reglamentario establece que el carácter reservado no podrá invocarse en caso de investigación de violaciones graves de Derechos Humanos¹¹⁰. En este caso, sin embargo, estos problemas que señalamos no fueron un obstáculo para acceder a la información solicitada.

(c) NICARAGUA

El régimen de limitaciones del marco normativo es bastante claro y detallado¹¹¹, cumple con los estándares desarrollados en el ámbito del sistema interamericano de derechos humanos y en este caso no constituyó un obstáculo para acceder a la información.

¹⁰⁷ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, artículos 21 y 22.

¹⁰⁸ La ley define a la información como la “información pública clasificada como tal por esta Ley, la clasificada como de acceso restringido por otras leyes y por resoluciones particulares de las instituciones del sector público” Art. 3 num. 6). Art. 16 Decreto N° 170-2006.

¹⁰⁹ Establece sí un criterio para la clasificación de información pública como aquella “información (que) ponga en riesgo o perjudique: 1) La seguridad del Estado; 2) La vida, la seguridad y la salud de cualquier persona, la ayuda humanitaria, los intereses jurídicamente tutelados a favor de la niñez y de otras personas o por la garantía de Habeas Data; 3) El desarrollo de investigaciones reservadas en materia de actividades de prevención, investigación o persecución de los delitos o de la impartición de justicia; 4) El interés protegido por la Constitución y las Leyes; 5) La conducción de las negociaciones y las relaciones internacionales; y, 6) La estabilidad económica, financiera o monetaria del país o la gobernabilidad” Art. 17. Decreto N° 170-2006.

¹¹⁰ Art. 26. Acuerdo N° AIAIP-0001-2008.

¹¹¹ *Idem*. Art. 15 y ss.

(d) EL SALVADOR

El régimen de limitaciones del marco normativo, concretamente en las disposiciones reglamentarias de la ley es bastante vago, y puede dar lugar en el futuro a denegaciones arbitrarias, menoscabando el principio de máxima divulgación que consagra la misma ley. El resbaloso criterio de reserva de “Seguridad Política” por ejemplo, así como la posibilidad de denegar información que “afecte” la salud pública, resultan preocupantes, y a nuestro criterio no cumplen con los requisitos de necesidad idoneidad ni proporcionalidad.

Sin embargo, dado que el marco normativo de acceso a la información no se ha hecho efectivo en el país, ninguno de estos criterios fueron en la práctica un obstáculo para acceder a la información.

(e) ECUADOR

La *Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública* incluye disposiciones en las que se establece el principio de publicidad en relación con la función pública, y exige la transparencia de la información pública de modo tal de asegurar la participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones, así como la rendición de cuentas de las autoridades que ejercen funciones públicas. La ley establece los fundamentos jurídicos para los casos en que no se permite la divulgación. En particular, el artículo 17 de la ley establece de un modo bastante claro y preciso los supuestos en los que corresponde clasificar a la información como reservada.

Las restricciones al acceso a la información solo pueden invocarse cuando su imposición es anterior a la solicitud. La definición de información confidencial prevista en la ley abarca a toda la información pública de carácter personal. La ley vincula esta confidencialidad con las garantías para el ejercicio de los derechos fundamentales establecidos en el artículo 23 de la Constitución, así como con las garantías del debido proceso.

(f) PERÚ

Las limitaciones versan sobre el acceso a aquellas informaciones que afectan la intimidad personal o por razones de seguridad nacional no es posible acceder a su contenido. Por ello a fin de que no se amparen limitaciones injustificadas la Constitución peruana ha previsto en su artículo 2º inciso 5) que cuando la información en poder de las entidades del Estado se

encuentre referida a la intimidad, la seguridad nacional, el secreto bancario y la reserva tributaria, no será posible acceder a ella. Adicionalmente, precisa que la información vinculada a otras materias podrá también ser exceptuada del acceso público, siempre que ello se regule a través de una ley. De otro lado, los artículos 15°, 15°-A, 15°-B y 15° -C de la Ley de Acceso a Información Pública hace referencia a aquellas limitaciones a este derecho, las cuales deben ser objeto de una interpretación restrictiva.

Según se aprecia, la norma proscribe el suministro de datos o informaciones personales siempre que ello suponga una invasión en el ámbito íntimo. No basta, entonces, con que la información sea de carácter personal para considerarla excluida del acceso público; es preciso que además sea de naturaleza íntima. Asimismo las restricciones deben ser proporcionales al interés que la justifica y deben ser conducentes para alcanzar el logro de ese legítimo objetivo, interfiriendo en la menor medida posible en el efectivo ejercicio de tal derecho. Bajo lo anteriormente señalado corresponde al Estado o al ente receptor de la solicitud de acceso a la información justificar los motivos por los cuales se deniega dicha acceso, en concordancia de lo establecido en la norma, de manera que debe presentar argumentos ante el solicitante lo que significa que la carga de la prueba acerca de la necesidad de mantener en reserva la información solicitada recae en el Estado u órgano ante el cual se emitió la solicitud.

Finalmente el otro límite a señalar es el costo en el que incurre la instancia solicitante para la reproducción de la información, entendida ésta como el soporte físico mediante la cual se va proporcionar la información más no el trámite que se requiera. Por lo que es admisible en pago de una tasa por dicho concepto.

(g) ARGENTINA

En Argentina, el decreto 1172/03 contiene limitaciones en su artículo 16, el cual establece que los sujetos obligados pueden exceptuarse de entregar información cuando ella estuviera clasificada como reservada, especialmente la referida a seguridad, defensa o política exterior; cuando pudiera “poner en peligro el correcto funcionamiento del sistema financiero o bancario”, cuando involucrase “secretos industriales, comerciales, financieros, científicos o técnicos”, cuando “comprometa los derechos o intereses legítimos de un tercero obtenida en carácter confidencial”, cuando se tratare de información preparada por los [sujetos obligados] dedicados a regular o supervisar instituciones financieras o preparada por terceros para ser utilizada por aquellos y que se refiera a exámenes de situación, evaluación de sus sistemas de

operación o condición de funcionamiento o a prevención o investigación de la legitimación de activos provenientes de ilícitos” o cuando fuera información “preparada por asesores jurídicos o abogados de la Administración cuya publicidad pudiera revelar la estrategia a adoptarse en la defensa o tramitación de una causa judicial o divulgare las técnicas o procedimientos de investigación o cuando la información privare a una persona el pleno ejercicio de la garantía del debido proceso”. El decreto también resguarda a la información protegida por el secreto profesional, a las notas internas con recomendaciones u opiniones producidas como parte del proceso previo al dictado de un acto administrativo o a la toma de una decisión y a la información que contenga datos personales de carácter sensible en los términos de la ley 25.326 o que pueda “ocasionar un peligro a la vida o seguridad de una persona.”

El régimen de excepciones referido en el párrafo anterior presenta dos problemas serios. En primer lugar, está establecido por medio de un decreto, lo que resulta violatorio del principio de legalidad, primera parada del *test tripartito* mencionado a comienzos de esta sección. Además, utiliza términos excesivamente vagos y ambiguos e incluye muchos supuestos que no parecen proteger ningún interés legítimo bajo la Convención Americana o que pueden no ser necesarios en una sociedad democrática. En particular, la información clasificada –por ejemplo— no encuentra, por fuera del decreto 1172/03, ningún tipo de base legal o reglamentaria ya que la Argentina no cuenta con una ley general que regule cuándo y cómo la información que el Estado produce puede ser declarada secreta. Asimismo, la referencia a la ley 25.326 de Protección de Datos Personales es problemática, ya que la autoridad de aplicación de esa norma ha realizado una interpretación amplia que muchas veces termina dificultando o, en la práctica, impidiendo el acceso a información pública.

(h) COLOMBIA

La jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana ha establecido las condiciones bajo las cuales las restricciones al acceso a la información son legítimas. De acuerdo con esos principios, existen tres límites específicos frente al derecho a la información: (i) la existencia de reserva legal, en relación con la limitación del derecho; (ii) la necesidad de que tales restricciones se sujeten a los principios de razonabilidad y proporcionalidad y estén relacionados con la protección de derechos fundamentales, como es el caso de la intimidad, o de valores constitucionalmente protegidos, como sucede con la seguridad y la defensa

nacional; y (iii) el carácter temporal de la restricción, en la medida en que la ley debe fijar un plazo después del cual los documentos pasen al dominio público¹¹².

(i) COSTA RICA

En Costa Rica, la jurisprudencia constitucional no ha establecido límites específicos al acceso a la información pública ni ha identificado las condiciones cuando ellos pudieran ser permisibles.

¹¹² Corte Constitucional, sentencia T-527 de 2005.

III. ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

El análisis realizado en la sección anterior señala distintas situaciones en los países estudiados por el presente informe. De este modo, mientras algunos países cuentan con leyes de acceso a la información establecidas desde hace tiempo, implementadas por órganos autónomos e independientes que funcionan razonablemente bien, otros no cuentan con esos instrumentos legales o ellos no han sido adecuadamente implementados. Este punto es clave: la implementación adecuada de los regímenes de acceso a la información pública requiere de un Estado activo y comprometido con la divulgación de información y con políticas de transparencia. Por sí solas, las leyes de acceso a la información no garantizan este derecho a los ciudadanos y ciudadanas. Ciertamente, la legislación constituye una herramienta que debe ser adecuadamente utilizada por la sociedad civil pero que depende, para su utilidad, de un Estado comprometido, en todos sus niveles, con producir más y mejor información. A pesar de que los países investigados presentan distintas situaciones en relación a su marco normativo, las consultas de acceso a la información realizadas demuestran deficiencias profundas en todos ellos. Estas deficiencias son particularmente graves cuando las vinculamos con el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres de las Américas. En muchos casos, la falta de información relevante, completa u oportuna señala falencias estructurales en la elaboración de políticas públicas que generan problemas para acceder a servicios de salud esenciales. En otros, la ausencia total de información sobre determinadas temáticas denota Estados poco comprometidos para garantizar esos derechos. No se trata simplemente de errores, sino de violaciones de derechos humanos que impactan en la toma de decisiones informadas de las mujeres, y también, en la implementación de políticas públicas adecuadas en materia de salud sexual y reproductiva en la región. En esta sección analizamos las respuestas obtenidas de acuerdo con los estándares de acceso a la información desarrollados por el sistema interamericano de derechos humanos.

a. El acceso a la información y la obligación de producción de información y estadísticas confiables

Tal como han señalado la Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH¹¹³ (en adelante, la Relatoría) y la propia Comisión, “los Estados tienen la obligación de producir o captar la información que necesitan para el cumplimiento de sus deberes”¹¹⁴, obligación que “se hace extensiva al ámbito de la salud”¹¹⁵. Esto se debe a que, según la CIDH, la producción de información es esencial para identificar los principales problemas que afectan la salud de las personas y formular políticas públicas para hacerles frente. En el mismo sentido, en el informe sobre *Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, la CIDH destacó que los Estados tienen la obligación “de producir bases de información a partir de las cuáles sea posible (...) el acceso a muchas de las garantías cubiertas por cada derecho social. Esta obligación es entonces fundamental para la exigibilidad de estos derechos”¹¹⁶. Asimismo, en relación a los derechos sexuales y reproductivos, la CIDH ha señalado que “la producción de estadísticas confiables en materia reproductiva y la diseminación de dicha información”¹¹⁷ es una herramienta imprescindible a la hora de conocer la verdadera situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo que a su vez permitirá mejorar las políticas públicas en salud de los Estados y generar conciencia colectiva respecto de las necesidades de este grupo.

Sin embargo, tal como surge de la sección que sigue, los Estados no producen información sobre aspectos relevantes vinculados a los derechos sexuales y reproductivos.

¹¹³ Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH. “El Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano”. 2010. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%20FINANCIAL%20CON%20PORTADA.pdf>>. Parágrafo 35.

¹¹⁴ CIDH. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>. Parágrafo 107.

¹¹⁵ *Idem*.

¹¹⁶ CIDH. “Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. 19 de julio de 2008, párr. 78 y “Marco jurídico interamericano sobre el derecho a la libertad de expresión”, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, 30 de diciembre de 2009, párr. 37. Tomado de CIDH. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>. Parágrafo 110.

¹¹⁷ CIDH. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>. Parágrafo 115.

Así, por regla, los Estados consultados no relevan información estadística sobre aborto no punible (Ecuador, Argentina, Costa Rica, México, entre otros) o bien lo hacen de manera parcial (i.e. las estadísticas presentan un elevado porcentaje de subregistro). La falta de información es aún mayor en el caso de los abortos ilegales e inseguros: la poca información disponible proviene de investigaciones de ONG, de los registros de los poderes judiciales locales o, en el caso de los abortos inseguros, de las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad materna. Los Estados justifican la ausencia de información pública sobre abortos ilegales haciendo referencia al carácter ilícito o clandestino de esta práctica.

En relación con los sectores tradicionalmente desaventajados, la CIDH ha señalado que en el ámbito del derecho internacional “existen obligaciones claras y explícitas de producción de información vinculada al ejercicio de derechos de sectores excluidos o históricamente discriminados”¹¹⁸. Según la Comisión, “la producción de información debidamente desagregada a efectos de determinar estos sectores desaventajados o postergados en el ejercicio de derechos (...) no es sólo un medio para garantizar la efectividad de una política pública, sino una obligación indispensable para que el Estado pueda cumplir con su deber de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria. A modo de ejemplo, la desagregación de los datos por *sexo, raza o etnia* constituye una herramienta imprescindible para iluminar problemas de desigualdad”¹¹⁹ [énfasis agregado]. A la luz de estas consideraciones, en el informe *Acceso a la Información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, la CIDH consideró que “los Estados deben recopilar información sobre la situación de derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, incluyendo información específica sobre grupos de exclusión como las mujeres indígenas y afrodescendientes, migrantes y que habitan en zonas rurales con la finalidad de identificar los problemas específicos de esta población en este ámbito y abordarlos”¹²⁰ [énfasis agregado].

No obstante, de las consultas realizadas, se aprecia que Costa Rica, Colombia, Ecuador, Perú, México, Argentina, El Salvador y Nicaragua no producen información estadística sobre

¹¹⁸ *Idem*, parágrafo 108. Ver también Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH. “El Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano”. 2010. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%20FI%20CON%20PORTADA.pdf>>. Parágrafo 37.

¹¹⁹ CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 19 de julio de 2008, párr. 58.

¹²⁰ CIDH. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>. Parágrafo 112.

aborto, mortalidad y morbilidad materna desagregada por etnia, escolaridad y condición civil de las mujeres. En el caso de México, por ejemplo, la Secretaría de Salud Federal señaló no contar con los datos relativos a la etnia, nivel de escolaridad, condición civil o de unión de las mujeres que son atendidas por aborto ni la etnia de las mujeres que mueren por causas maternas debido a que los mismos no forman parte de las bases de datos que genera de manera regular la dependencia. En cuanto a los otros Estados consultados, por regla, la información que brindada no está desagregada por etnia de la mujer. No obstante, se desconoce si esta omisión se debe a la falta de producción de información sobre este punto.

b. El acceso a la información y la obligación de implementación adecuada

De acuerdo con el informe *El Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano* de la Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH, en el marco de su obligación de implementación adecuada de las normas en materia de acceso, los Estados tienen la obligación de “adoptar una política sistemática de entrenamiento y capacitación de funcionarios públicos destinados a satisfacer, en cada una de sus facetas, el derecho de acceso a la información pública, así como “la capacitación de los órganos, autoridades y agentes públicos encargados de atender las solicitudes de acceso a la información bajo el control del Estado sobre la normativa que rige este derecho”¹²¹.

Por regla, los Estados no proporcionaron información sobre políticas de capacitación y entrenamiento a funcionarios estatales sobre el derecho de acceso a la información. Por el contrario, la mayoría de los Estados sí nos brindaron datos sobre cursos de capacitación impartidos a los profesionales que brindan consejería en materia de derechos sexuales y reproductivos. En el caso de Ecuador, México y Argentina, los Estados nos enviaron información detallada sobre las características de las acciones de capacitación, los materiales empleados y el número de participantes, entre otros datos.

c. El acceso a la información y la obligación de entregar información oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa

De acuerdo con el informe *El Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano* de la Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH, “el Estado tiene la

¹²¹Relatoría para la Libertad de Expresión de la CIDH. “El Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano”. 2010. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%20FINAL%20CON%20PORTADA.pdf>>. Parágrafo 42.

obligación de *responder sustancialmente* a las solicitudes de información que le sean formuladas. En efecto, el artículo 13 de la Convención Americana (...) establece una obligación positiva para éste de *suministrar de manera oportuna, completa y accesible, la información solicitada o, en su defecto, de aportar en un plazo razonable las razones legítimas que impiden tal acceso*¹²² [énfasis agregado].

No obstante, los Estados consultados para la elaboración de este informe no contestaron muchas de las solicitudes de acceso a la información pública que enviamos. Así, los ministerios de salud de El Salvador y Nicaragua y el Ministerio de Educación y de Justicia de Argentina, entre otras reparticiones públicas, no proporcionaron la información solicitada en los pedidos ni explicaron las razones de esta omisión.

Asimismo, en la gran mayoría de los casos, la información solicitada fue enviada fuera del plazo estipulado por la legislación local, sin que se nos informaran las causas de la demora. Por otra parte, en muchos casos, la información que nos proporcionaron los Estados estaba expresada en términos técnicos (i.e. “Subprograma 01, dependiente del Programa 17”, en el caso de información proporcionada por el Ministerio de Salud de Argentina). En consecuencia, a la hora de comprender estas respuestas, debimos recurrir a información disponible en internet. En otros casos, los datos brindados por el Estado eran inteligibles. Así, en el caso de Honduras, una funcionaria del Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer de la Secretaría de Salud nos envió el anuario estadístico hondureño de los años 2008 al 2010, y aseguró que encontraríamos toda la información que fue requerida. Sin embargo, estos anuarios estaban en un formato imposible de leer: las tablas incluidas en este documento no tenían ninguna lógica y estaban marcadas con corazones o estrellas. Por último, en muchos casos, las autoridades gubernamentales nos proporcionaron información que no resultaba relevante a la hora de responder a los interrogantes planteados.

Por otra parte, en el Informe No. 21/07 referido al acuerdo de Solución Amistosa del caso Paulina del Carmen Ramírez Jacinto (México), la CIDH consideró que “el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia”¹²³. Asimismo, en el informe *Acceso a la Información en materia reproductiva desde*

¹²² *Idem.* Parágrafo 24.

¹²³ CIDH. Informe No. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, “Paulina del Carmen Ramírez Jacinto (México)”, 9 de marzo de 2007.

una perspectiva de derechos humanos, la Comisión sostuvo que los Estados deben proporcionar información que “contribuya a que las mujeres adopten decisiones informadas sobre su salud reproductiva”¹²⁴. En términos más precisos, la CIDH destacó que los Estados tienen la obligación de “abstenerse de censurar, administrativa o judicialmente información en materia reproductiva que vaya acorde con la legislación vigente sobre la materia, como por ejemplo sobre los efectos y eficacia de los métodos de planificación familiar. Ello exige de los Estados que las políticas públicas y programas respecto de salud sexual y reproductiva se basen en evidencia científica que proporcione certeza”¹²⁵. En el mismo sentido, el Comité DESC “señaló la obligación de los Estados de abstenerse de censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, como métodos de anticoncepción, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud”¹²⁶.

Con el objetivo de verificar el cumplimiento de estas obligaciones, solicitamos a los Estados que nos proporcionaran copia de documentos que contengan la evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información, asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos. Por regla, ninguna de las reparticiones consultadas contestó nuestros pedidos de información sobre este punto¹²⁷. Asimismo, Honduras, Costa Rica y Perú, entre otros Estados, no nos proporcionaron información completa y actualizada sobre los programas que implementan para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos, los criterios de acceso a ellos y la cantidad de usuarios de estos métodos.

En relación a los niños, niñas y adolescentes, el Comité sobre los Derechos del Niño ha señalado que los Estados tienen la obligación de abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar información vinculada a la salud, obligación que alcanza a la educación y la información sobre la sexualidad. Asimismo, el Comité sostuvo que, en cumplimiento de su obligación de

¹²⁴ CIDH. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>>. Parágrafo 85.

¹²⁵ *Idem*. Parágrafo 86.

¹²⁶ *Idem*. Parágrafo 89.

¹²⁷ No obstante, en el caso de México, la Secretaría de Salud proporcionó la copia del instrumento que se aplica al personal de salud prestador de servicios de Planificación Familiar para evaluar el nivel de cumplimiento de ofrecer información, asesoramiento y consejería para que la usuaria o usuario elija libremente el método de anticonceptivo que desee, respetando sus derechos sexuales y reproductivos.

garantizar el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que los niños, niñas y adolescentes tengan la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que lo protejan desde el momento en que empiece a manifestarse su sexualidad¹²⁸.

A la luz de estas obligaciones, solicitamos a los Estados que proporcionaran información sobre los protocolos, normas o resoluciones implementadas para que los profesionales de la salud ofrezcan a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva e información sobre programas de educación sexual para adolescentes. La mayoría de los Estados nos brindaron la información requerida sobre protocolos, normas y resoluciones. Por el contrario, sólo Costa Rica y México nos brindaron información sobre programas de educación sexual para adolescentes.

En la sección que sigue, presentamos una breve síntesis de la información que proporcionó cada Estado, con el objetivo de mostrar cuáles son las principales dificultades que encontramos en cada país a la hora de acceder a información pública en materia de derechos sexuales y reproductivos.

¹²⁸ Ver Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, “Observación General 3, El VIH/SIDA y los derechos del niño”, 17 de marzo de 2003, párr. 16.

IV. SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PAÍS

*a. Cuestionario regional sobre acceso a salud reproductiva*¹²⁹

1. ¿Con que tipo de políticas sistemáticas de capacitación y entrenamientos de funcionarios estatales sobre el derecho al acceso a la información se cuenta en los diferentes ámbitos estatales?

1.1 ¿Describa los programas y cursos de capacitación impartidos a los profesionales (sea prestadores/as de la salud o educadores/as) para brindar consejería con información de calidad y basada en la evidencia en materia sexual y reproductiva?

Presupuesto

1. Presupuesto anual destinado a la salud en los años 2009, 2010 y, 2011.

2. Presupuesto anual destinado a la promoción de la salud sexual y reproductiva en los años 2009, 2010, y 2011 desglosado por fuente de ingresos, recursos humanos, infraestructura, divulgación equipo e insumos médicos en el Sistema de Salud. ¿Cuál ha sido la asignación presupuestaria anual desde la fecha de creación de este rubro? Para facilitar la obtención de estos datos se ofrece la siguiente tabla:

**Favor desglosar esta pregunta para el ámbito Federal y Local/Nacional y Departamental

Rubro/Año	2009	2010	2011
Recursos humanos			
infraestructura			
divulgación			
equipo e insumos médicos			
capacitación			

3. Solicitud de documentos que den cuenta de objetivos, metas, acciones e indicadores para evaluar los programas de salud sexual y reproductiva. Copia del documento que contenga los resultados obtenidos en materia de salud reproductiva durante el último periodo anual presupuestario. Así como el documento que contenga los resultados obtenidos de la implementación de tales programas.

¹²⁹ Los cuestionarios enviados a los 9 estados comprendidos en esta investigación incluían, por regla, las preguntas que se detallan a continuación.

4. ¿Hay partidas generales que destinan una parte al programa de servicios en salud sexual y reproductiva?
5. ¿Qué normas, leyes, decretos, o resoluciones determinan las asignaciones presupuestarias que correspondan a este programa de servicios en salud sexual y reproductiva?
6. ¿Existe dentro del presupuesto de la Nación, una línea presupuestaria de presupuesto desagregado para el programa de servicios de salud sexual y reproductiva? En tal caso, ¿Cuál ha sido la asignación presupuestaria anual desde la fecha de creación de este programa?

Aborto legal y aborto ilegal e inseguro

1. ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) de atención de abortos legales en el sistema de salud desagregado por recursos humanos, infraestructura, divulgación, capacitación, equipo e insumos médicos en el sistema de salud durante los años 2009, 2010 y, 2011? Para facilitar la obtención de estos datos se ofrece la siguiente tabla:

Rubro/Año	2009	2010	2011
Recursos humanos			
Infraestructura			
Divulgación			
Equipo e insumos médicos			
Capacitación			

- 1.1 ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recoge información en base a esos indicadores?
2. Número de abortos legales practicados durante los últimos 3 años a mujeres desagregados por causal de aborto, edad, lugar de residencia, etnia, escolaridad y condición civil o de unión y tipo de método médico empleado. ¿Cada cuanto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?
3. Número de abortos ilegales o inseguros y tasa de aborto ilegal o inseguro desglosados por año y por región. ¿Cada cuanto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?
4. Número de mujeres y tasa de hospitalización relacionada con las complicaciones por aborto desglosada por causa de morbilidad, año, edad, estado civil o de unión y lugar de residencia. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?

5. Número de denuncias, consignaciones y sentencias existentes en las instancias de justicia por el delito de aborto desglosadas por año, lugar de residencia, edad, escolaridad y condición de unión de la mujer. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?

Mortalidad y morbilidad materna

1. ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) sobre mortalidad y morbilidad materna en el sistema de salud desagregado por recursos humanos, infraestructura, divulgación, capacitación, equipo e insumos médicos en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011? Para facilitar la obtención de estos datos se ofrece la siguiente tabla:

**Favor desglosar esta pregunta para el ámbito Federal y Local/Nacional y Departamental:

Rubro/Año	2009	2010	2011
Recursos humanos			
infraestructura			
divulgación			
equipo e insumos médicos			
capacitación			

- 1.1. ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recoge información en base a esos indicadores?
2. Nombre y descripción de la legislación y las políticas públicas destinados a reducir la mortalidad materna en mujeres, incluyendo las mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes, así como el documento que contenga los resultados obtenidos de la implementación de tales legislación y políticas públicas.
3. Número, distribución porcentual y tasa de muertes maternas desagregada por causa, edad, lugar de residencia, etnia y condición civil o de unión en los últimos 3 años. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?
4. Número y distribución porcentual de morbilidad materna desagregada por causa, edad, lugar de residencia, etnia y condición civil o de unión, en los últimos tres años. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?

Adolescentes

1. ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) de adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud desagregado por recursos humanos, infraestructura, divulgación, capacitación, equipo e insumos médicos en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011? Para facilitar la obtención de estos datos se ofrece la siguiente tabla:

**Favor desglosar esta pregunta para el ámbito Federal y Local/Nacional y Departamental:

Rubro/Año	2009	2010	2011
Recursos humanos			
infraestructura			
divulgación			
equipo e insumos médicos			
capacitación			

1.1 ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recoge información en base a esos indicadores?

2. Número y descripción de los programas de salud ofrecidos por la Secretaría de salud en materia sexual y reproductiva exclusivos o extensivos a adolescentes en los últimos tres años. Incluya aquellos que se ofrecen en lenguas distintas al español. Así como copias de los documentos de los programas y del que contenga los resultados obtenidos de la implementación de tales programas.

3. Número de clínicas o centro de atención dependientes de la Secretaría de Salud que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva de manera diferenciada a adolescentes. ¿Cada cuánto se recoge información para producir estadísticas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes?

4. Enlistar protocolos, normas o resoluciones implementadas para que las y los profesionales de salud ofrezcan a las personas adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva.

5. Nombre y descripción de los programas de educación sexual para adolescentes. Así como indicadores sobre los resultados de dichos programas.

Anticoncepción

1. ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) de anticoncepción en el sistema de salud destinado a la compra de métodos anticonceptivos y

volumen o cantidad total de anticonceptivos adquiridos con dicho presupuesto durante los años 2009, 2010, y 2011? Para facilitar la obtención de estos datos se ofrece la siguiente tabla:

**Favor desglosar esta pregunta para el ámbito Federal y Local/Nacional y Departamental:

Rubro/Año	2009	2010	2011
Compra de anticonceptivos			
Cantidad de anticonceptivos adquiridos			

1.1 ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recoge información en base a esos indicadores?

2. Nombre y descripción de los programas implementados en los años 2009, 2010, y 2011 para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos. Copia de documentos que contenga indicadores y resultados obtenidos de su implementación.

3. Copia del documento que señale los métodos y prácticas anticonceptivas, así como los criterios de acceso a las mismas, disponibles en cada una de los centros de salud del sector público. Desglosar por Centro de Salud. Se anexa tabla muestra.

Método o práctica	Instancia de salud donde se ofrece	Requisitos de acceso
Métodos de barrera		
Anticonceptivos hormonales regulares		
Anticonceptivos hormonales de emergencia		
Ligadura de trompas		
Vasectomía		

4. Número de personas, desglosadas por sexo y edad, que utilizan métodos anticonceptivos. Dar estadísticas de los últimos tres años. Variables utilizadas para determinar la distribución de los métodos anticonceptivos por ejemplo criterios socio-económicos, raciales o culturales. Fuente de obtención de dichas variables.

5. Copia del documento que contenga la evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos, incluidos la anticoncepción hormonal de emergencia.

b. Respuestas recibidas

(a) EL SALVADOR

El 19 y 20 de marzo de 2012 se enviaron pedidos de acceso a la información pública al Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación de El Salvador, respectivamente¹³⁰. En ninguno de esos dos Ministerios a la fecha de interposición de la solicitud de información se habían designado Oficiales de Información, en claro incumplimiento con del marco normativo existente.

Sólo el Ministerio de Educación respondió al pedido de información pública que realizamos. Si bien su respuesta fue completa y accesible, no fue oportuna: fue enviada el 29 de mayo de 2012, dos meses después de realizada la solicitud¹³¹. Asimismo, el Ministerio de Salud no nos proporcionó ningún tipo de información, actitud que lesiona los principios y estándares establecidos por el artículo 13 de la Convención Americana, el informe *El derecho de acceso a la información en el marco jurídico interamericano* de 2009¹³² y el informe de acceso a la información en materia reproductiva¹³³.

A la luz de la información proporcionada por el Estado y de la falta de respuesta a nuestro pedido de información pública por parte de las autoridades del Ministerio de Salud, podemos concluir que el Estado salvadoreño no produce la información que necesita para cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, elaborando políticas públicas que realmente respondan a las necesidades de su población. Así, no se producen estadísticas confiables y debidamente desagregadas, según lo establecido por normas internacionales, constitucionales o legales, para así garantizar la efectividad de la política pública e identificar problemas de desigualdad y abordarlos. En caso de que efectivamente el Estado produzca esta información, los datos no están a disposición de la ciudadanía para facilitar la participación y el reclamo del cumplimiento de las obligaciones establecidas en normas constitucionales y compromisos internacionales.

¹³⁰ Los mismos se hicieron a través del abogado Dennis Estanley Muñoz, quien realizó los pedidos de información y estuvo a cargo de la investigación en El Salvador junto con el Centro de Derechos Reproductivos.

¹³¹ En la respuesta a la pregunta 1 se proporciona información acerca de los programas de educación sexual para adolescentes así como los indicadores de resultados de dichos programas.

¹³² El derecho de acceso a la información en el marco jurídico interamericano. 2009.

¹³³ Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. 2011.

(b) HONDURAS

El 20 de marzo se envió una solicitud de información pública al Ministerio de Salud¹³⁴. El 29 de marzo, mediante un correo electrónico personal y no institucional¹³⁵, una funcionaria del Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer de la Secretaría de Salud, respondió que el pedido se estaba procesando y envió el anuario estadístico hondureño de los años 2008 al 2010, donde aseguró encontraríamos toda la información que fue requerida. Estos anuarios estaban en un formato imposible de leer¹³⁶. También nos fueron provistas publicaciones que no contenían los datos e informaciones solicitadas¹³⁷ y las demás informaciones fueron enviadas ya después del plazo establecido en la ley¹³⁸. Finalmente, en ninguno de los casos se especificó el intervalo de recolección de datos para realizar las estadísticas.

Respecto a las respuestas obtenidas, no se recibió ninguna información sobre políticas de *capacitación* a prestadores de servicios sobre el derecho de acceso a la información en salud reproductiva. La respuesta acerca de programas y cursos de capacitación en consejería sólo se refería a prestadores de servicios a adolescentes y jóvenes, no a la población en general. Tampoco se describían los cursos y talleres existentes. En relación al tema *aborto*, no se recibió ninguna información sobre estos puntos. Del mismo modo, no se recibió ninguna información sobre las preguntas 1¹³⁹, 3¹⁴⁰, 4¹⁴¹ y 1.1¹⁴² vinculadas a *mortalidad* y *morbilidad*

¹³⁴ Todos los pedidos de información en Honduras se realizaron a través de la abogada Andrea Nuila Herrmannsdorfer, que estuvo a cargo de la investigación en dicho país, junto al Centro de Derechos Reproductivos.

¹³⁵ Fue imposible hacerles enviar la información desde un correo institucional, para certificar la autenticidad de la procedencia de la información. Los funcionarios y funcionarias alegaron no contar con dicha herramienta.

¹³⁶ Las tablas no tenían ninguna lógica y estaban marcadas con corazones o estrellas.

¹³⁷ Las publicaciones son: Manual de Normas y procedimientos para de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad; Manual de Normas de Atención Integral para Adolescentes; Guía de Consejería para Adolescentes; Nadie como yo – Guía metodológica para facilitadores/as de adolescentes de 10 a 14 años de edad; Sueños Compartidos – Cuaderno de trabajo para padres y madres de adolescentes; Planillas varias de atenciones prenatales, atenciones de parto y puerperio, atenciones de cáncer/planificación familiar.

¹³⁸ Plazo de 10 días. Art. 21. Decreto N° 170-2006.

¹³⁹ La pregunta concreta era: Se solicita información acerca de la denominación de la legislación y las políticas públicas destinadas a reducir la mortalidad materna, incluyendo la que ocurre en mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes, así como información acerca de los resultados obtenidos en la implementación de dicha legislación y políticas públicas.

¹⁴⁰ La pregunta concreta era: Se solicita información acerca del número y distribución porcentual de morbilidad materna desagregada por causa, edad, lugar de residencia, etnia y condición civil o de unión, en los años 2009, 2010 y 2011. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?

¹⁴¹ La pregunta concreta era: ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestal total para el Programa(s) de prevención de la mortalidad materna en el sistema de salud desagregado por recursos humanos, infraestructura,

materna. Sí se proveyó información estadística desagregada sobre muertes maternas, aunque en lo que respecta a las causas, los criterios del año 2011 difieren de los años anteriores por lo que se dificulta la comparación de datos.

En cuanto a los *adolescentes*, la respuesta a la pregunta 1¹⁴³ fue incompleta: sólo se menciona la ejecución presupuestaria de varios proyectos relacionados con la población adolescente, pero no se proporcionan más datos. Con respecto a la pregunta 2¹⁴⁴ la respuesta del Ministerio de Salud se limitó a mencionar de qué Departamento y Subsecretaría depende el programa de adolescentes, sin datos sobre la cantidad y tipo de programas de salud sexual y reproductiva (SSyR) a adolescentes. La respuesta a la pregunta 3¹⁴⁵ es vaga¹⁴⁶: no responde directamente a la pregunta con respecto al número de clínicas o centros de atención, especialmente si el reporte es leído por alguien que no tenga conocimientos de la distribución política y geográfica del país. La respuesta a la pregunta 4¹⁴⁷ sólo enlista materiales con los que cuentan los prestadores de servicios, mas no contesta en sí la pregunta, pues no enlista protocolos normas o resoluciones existentes.

divulgación, capacitación, equipo e insumos médicos en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011?

¹⁴² La pregunta concreta era: ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño y efectividad? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recauda información con base en esos indicadores?

¹⁴³ La pregunta concreta era: ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el/los Programa(s) de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el sistema de salud desagregado por recursos humanos, infraestructura, divulgación, capacitación, equipo e insumos médicos en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011?

¹⁴⁴ La pregunta concreta era: Favor brindar información acerca de la cantidad y el tipo de programas de salud ofrecidos por las secretarías de salud del país en materia de salud sexual y reproductiva -exclusivos o extensivos a- adolescentes en los últimos tres años. Incluya aquellos que se ofrecen en lenguas distintas al español. Así como copias de los documentos de los programas y del documento que contenga los resultados obtenidos en la implementación de los mismos.

¹⁴⁵ La pregunta concreta era: ¿Cuál es el número de clínicas o centro de atención dependientes de las secretarías de salud del país que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva de manera diferenciada para adolescentes. ¿Cada cuánto se recoge información para producir estadísticas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes?

¹⁴⁶ La pregunta concreta era: “estos servicios (de Salud Sexual y Reproductiva), están ubicados en la mayoría de los departamentos del país, algunos departamentos cuentan con más de uno; en cambio otros no disponen de ninguno”

¹⁴⁷ La pregunta concreta era: Enlistar protocolos, normas o resoluciones implementadas para que las y los profesionales de salud ofrezcan a las personas adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva.

Por último, respecto a la anticoncepción, la respuesta a la pregunta 1¹⁴⁸ es incompleta pues sólo menciona los montos destinados a la compra de anticonceptivos en los años 2010 y 2011, sin datos del año 2009 y sin mencionar la cantidad de anticonceptivos comprados con esos montos. Facilitaron planillas en las que parece detallarse la ejecución del programa de planificación familiar, pero son ininteligibles pues son extensas o tienen símbolos como corazones y estrellas y no es posible extraer las respuestas de ellas. Así mismo, no se respondió la pregunta 1.1¹⁴⁹ sobre datos de indicadores de desempeño, ni a las preguntas 2¹⁵⁰, 3¹⁵¹, 4¹⁵² y 5¹⁵³. La respuesta a la pregunta 6¹⁵⁴ es incompleta e ininteligible, las planillas tienen corazones, estrellas u otros símbolos que parecieran indicar el monitoreo de la entrega de herramientas de planificación familiar sin ningún criterio de medición.

También realizamos pedidos de información pública al Ministerio de Educación, entidad que no proporcionó ninguna información sobre los programas de educación sexual para adolescentes ni indicadores sobre resultados.

En síntesis, si bien las autoridades gubernamentales no obstruyeron el acceso a la información solicitada ni censuraron información en materia de derechos sexuales y reproductivos, no nos suministraron toda la información solicitada y la información que sí nos brindaron era, en la mayoría de los casos, inadecuada o ininteligible. Asimismo, a la luz de las

¹⁴⁸ La pregunta concreta era: ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) de anticoncepción en el sistema de salud destinado a la compra de métodos anticonceptivos y volumen o cantidad total de anticonceptivos adquiridos con dicho presupuesto durante los años 2009, 2010, y 2011?

¹⁴⁹ La pregunta concreta era: ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan para medir la efectividad del mismo? ¿Con que frecuencia y periodicidad se recauda información con base en esos indicadores?

¹⁵⁰ La pregunta concreta era: Nombre y descripción de los programas implementados en los años 2009, 2010, y 2011 para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos. Se solicita entregar copia de documentos que contengan indicadores y resultados obtenidos en la implementación de dichos programas.

¹⁵¹ La pregunta concreta era: Se solicita copia del documento que señale los métodos y prácticas anticonceptivas utilizados por las mujeres en el país, así como los criterios de acceso a las mismas que se tiene en cada una de los centros de salud del sector público. Asimismo, se solicita desglosar dichos datos por Centro de Salud o región del país.

¹⁵² La pregunta concreta era: Se solicita información acerca del número de personas, desglosadas por sexo y edad, que utilizan métodos anticonceptivos. Asimismo, se solicita aportar estadísticas de los últimos tres años (2009 a 2011) en esta materia.

¹⁵³ ¿Cuáles son las variables o criterios que la cartera de salud en el país utiliza para determinar la distribución de los métodos anticonceptivos? por ejemplo criterios socio-económicos, raciales o culturales. ¿Cómo se obtiene información? Por favor informar acerca de la fuente de obtención de dichas variables.

¹⁵⁴ Copia del documento que contenga la evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos, incluidos la anticoncepción hormonal de emergencia.

respuestas obtenidas, podemos concluir que el Estado no produce la información que necesita para elaborar políticas públicas que respondan a las necesidades de salud reproductiva de su población, incumpliendo con sus obligaciones internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos. Así, no se producen estadísticas confiables y debidamente desagregadas, según lo establecido por normas internacionales, constitucionales o legales, para así garantizar la efectividad de la política pública e identificar problemas de desigualdad y abordarlos. O, si es que el Estado sí lo hace, las mismas no están sistematizadas ni están disponibles para su acceso y difusión por parte de la ciudadanía.

(c) NICARAGUA

El 12 de marzo de 2012 realizamos un pedido de acceso a la información pública a la Oficina de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación¹⁵⁵. Infortunadamente, la única respuesta obtenida se sucedió el 14 de marzo, cuando la Oficina del Ministerio de Educación contestó al peticionario que debía acudir a la Biblioteca de la Sede Central para poder consultar el libro “Guía de consulta para docentes”, luego de lo cual podría acudir a la Consejería Escolar si aún tenía dudas.

En breve, si bien las instituciones consultadas no censuraron el acceso a la información de manera activa, ninguno de los ministerios respondió los cuestionarios, omisión contraria al régimen jurídico de acceso a la información en Nicaragua. Lo que es peor, la única respuesta obtenida por parte del Ministerio de Educación no satisfizo mínimamente lo solicitado. Una vez más, al igual que en el caso de El Salvador y Honduras, podemos concluir que el Estado no produce la información que necesita para cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, o no brinda acceso a la misma, ignorando por completo los mandatos de su propia legislación en términos del derecho de acceso a este tipo de información. Así, no se producen estadísticas confiables y debidamente desagregadas, según lo establecido por normas internacionales, constitucionales y legales, para así garantizar la efectividad de la política pública e identificar problemas de desigualdad y abordarlos. En caso de que lo haga, la falta de respuestas al cuestionario desnuda una total desidia por parte del Estado para cumplir con el marco normativo de acceso a la información pública que rige en Nicaragua.

¹⁵⁵ Todos los pedidos de información se realizaron a través del abogado y notario público Roberto Jiménez Meneses, quién estuvo a cargo de la investigación en Nicaragua junto con el Centro de Derechos Reproductivos.

(d) COSTA RICA¹⁵⁶

d.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

En un primer momento, se prepararon y enviaron 16 solicitudes de acceso a la información al Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Caja Costarricense del Seguro Social, y dentro de cada una, una larga lista de departamentos y áreas especializadas. De esta primera ronda de cartas enviadas obtuvimos muy pocas respuestas en el plazo reglamentario. En la mayoría de los casos, las respuestas eran simples acuses de recibo e incluían el compromiso de enviar la información solicitada. En otros casos, las autoridades consultadas contestaron que no contaban con la información o reenviaron la solicitud de información a otra instancia o autoridad competente.

En una segunda etapa de envío de cartas, se volvió a contactar a quienes habían respondido en forma parcial a la solicitud y se redirigieron algunas solicitudes a las instancias sugeridas por las autoridades consultadas en la primera etapa. También realizamos una nueva búsqueda de entidades que podrían tener la información solicitada. En esta nueva ronda de consultas, enviamos solicitudes de información a las siguientes instancias: Área Planificación del Recurso Humano - CENDEISS; Gerencia Médica (nueva persona que asume el cargo); Dirección de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud; Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. CCSS; Dirección de Farmacoepidemiología. CCSS (anticonceptivos); Área de información y estadística de la Gerencia Financiera. CCSS; Centro de información del Ministerio de Salud; Dirección de logística. CCSS (anticonceptivos)

En total se enviaron 30 cartas solicitando información. La siguiente tabla recoge la información recibida para cada pregunta planteada:

¹⁵⁶ Bibliografía:

Jorge Córdoba Ortega. 2009. La legislación costarricense y el derecho de acceso a la información pública un estudio actual.

Gómez, C (2008) Estimación del Aborto Inducido en Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense. Ed. Ludovico, San José; Costa Rica.

Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Partes I y II. UNFPA-MINSA 2010.

Ministerio de Salud. Plan Nacional Estratégico de Salud de las Personas PENSA 2010-2018. MINSA-OPS.

Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2009, 2010 y 2011. MINSA.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021.

Tema	Entidad a la que se dirige la consulta	Estatus de la respuesta
Capacitación a funcionarios sobre acceso a la información.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social; Sub-Área Desarrollo Profesional, Dirección Ejecutiva y Área Desarrollo del Factor Humano • Ministerio de Salud: Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional y Dirección de Planificación y Evaluación de Acciones en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hubo ningún tipo de respuesta
Presupuesto	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Dirección de Presupuesto de la Gerencia Financiera CCSS. • Ministerio de Salud: Despacho de la Viceministra 	<p>En la CCSS la solicitud se re direccionó a varias personas, finalmente se obtuvieron respuestas parciales y respuestas que indican que no existe la información solicitada. Se envió el documento: Proceso de Formulación de Presupuesto (CCSS)</p> <p>Desde el MINSA se respondió con generalidades y se envió el documento: Evaluación Anual: Ejercicio Económico 2011 (MINSA).</p>
Objetivos, metas, acciones e indicadores para evaluar los programas de salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Gerencia Médica • Ministerio de Salud: Despacho de la Viceministra de Salud y Dirección de Planificación y Evaluación de Acciones en Salud. 	<p>En el periodo de la investigación hubo tres personas en el cargo de la gerencia médica. A las tres se les envió solicitud, pero no hubo respuesta.</p> <p>Desde el MINSA enviaron documentos: Memorias institucionales 2008,2009 y 2010 y Política Nacional de Sexualidad.</p>
Normativa que determina las asignaciones presupuestarias correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Gestión Técnica y Asesoría Jurídica CCSS. • Ministerio de Salud: Dirección de Asuntos Jurídicos 	<p>En ambas instituciones se respondió con acuse de recibo. En la CCSS se re direccionó la solicitud dentro de la misma área. Al momento no se tiene respuesta.</p>
Estadísticas sobre aborto	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Estadística en Salud 	<p>Respuesta parcial a la información solicitada. Se aclara que mucha de la información no existe.</p> <p>La información sobre aborto inducido la ha generado la sociedad civil.</p>
Programas de atención al aborto legal	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Atención Integral a las Personas. 	<p>Respuesta parcial a la información solicitada. Se aclara que mucha de la información no existe.</p>
Estadísticas judiciales	<ul style="list-style-type: none"> • Poder Judicial. Departamento de Planificación 	<p>Respuesta completa y oportuna dentro de los plazos de ley.</p>
Programa de mortalidad/morbilidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica. • Ministerio de salud: Dirección General de Salud. • Área de Atención Integral a las Personas. 	<p>No hubo respuesta oficial de la Gerencia Médica de la CCSS ni del Ministerio de Salud.</p> <p>El área de Atención Integral ofrece respuestas parciales y remite a documentos como las memorias institucionales y sistemas de estadísticas del INEC.</p>

Tema	Entidad a la que se dirige la consulta	Estatus de la respuesta
Estadísticas sobre mortalidad/morbilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Estadística en Salud 	<p>Se reciben varias tablas con información relacionada, en ellas se deben rastrear los datos de interés</p> <p>Muchos de estos datos se encuentran en investigaciones e informes en línea, por ejemplo en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)</p>
Programa de adolescentes indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Gerencia Médica. • Ministerio de Salud: Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud 	<p>No hubo respuesta oficial.</p> <p>Alguna información se obtiene de los documentos de la Política de la Persona Joven.</p>
Normativa para ofrecer información a las personas adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Gestión Técnica y Asesoría Jurídica • Ministerio de Salud: Dirección Asuntos Jurídicos 	<p>No hubo respuesta oficial.</p> <p>Alguna información se obtiene de los documentos de la Política de la Persona Joven.</p>
Programas de educación sexual para adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Educación. Despacho del Ministro 	<p>Del despacho de la Viceministra se obtienen documentos sobre el programa oficial que el Ministerio está lanzando.</p>
Anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Gerencia Financiera, Dirección Compras Servicios de Salud, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. • Ministerio de Salud: Despacho de la Viceministra. 	<p>De parte de la Dirección Técnica de Bienes y Servicios, se recibió respuesta parcial a lo solicitado.</p>
Estadísticas sobre anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Área de Estadística en Salud 	<p>No hubo respuesta oficial.</p> <p>Alguna información se obtiene de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y de la Encuesta Nacional de Juventud.</p>
Evaluación del cumplimiento del derecho al acceso a la información.	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS: Gerencia Médica. • Ministerio de Salud: Despacho de la Viceministra 	<p>No hubo respuesta oficial.</p>

Solicitudes de información realizadas y estatus de la respuesta

Como se desprende de la tabla, fue muy poca la información que se recibió de manera oportuna y de forma completa (es decir, desagregada según las variables solicitadas, para los años especificados, etc.). Esto llama mucho la atención tratándose de un país que cuenta con un marco legal propicio para el acceso a la información y con una cultura estadística importante.

A la luz de las respuestas obtenidas, podemos concluir que la ruta crítica para acceder a la información es compleja. En principio, la persona que busca información se encuentra con

una gran cantidad de instancias, departamentos, jefaturas y programas a los cuales podría consultar. La información disponible en línea no siempre es clara sobre las funciones y competencias de cada una.

Por otra parte, el cumplimiento de la obligación de responder en el tiempo estipulado por la ley se limita a veces a un acuse de recibo o a una “promesa” de atención por parte de las autoridades. Es necesario insistir para que efectivamente se entregue la información solicitada, aunque no siempre se logra. Asimismo, muchas autoridades delegan la obligación de responder a los pedidos de información. En consecuencia, se amplían los tiempos legales para obtener una respuesta. Es habitual que, dentro del plazo de los 10 días establecido por el marco normativo, una autoridad responda informando que delega la búsqueda de información a una persona subalterna que tiene nuevamente 10 días para responder. Si esta persona a su vez delega a otra el cumplimiento de la obligación de informar, la respuesta definitiva puede demorar más de un mes.

También pudimos corroborar que muchas veces es más fácil obtener la información requerida a través de internet (en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, o en los sitios del Programa Estado de la Nación, de los centros de investigación de las universidades públicas o de programas de Naciones Unidas entre otros). Esto sugiere que la información existe, pero la maraña institucional no facilita el acceso a ella. La manera en que está subdividido el país también complejiza la búsqueda. A la luz de la división territorial, existen 7 provincias. Sin embargo, la división socioeconómica del país comprende 6 regiones, cuyos territorios no coinciden con las provincias. El Ministerio de Salud y el de Educación suelen trabajar con las regiones socioeconómicas (por lo que a menudo remiten a que se consulte en cada “Regional”) en tanto la mayoría de estadísticas sigue el criterio de provincia.

Finalmente, la información sobre presupuesto y marco normativo fue la más difícil de conseguir. Con respecto a la información presupuestaria recibimos negativas, datos generales y documentos institucionales en los cuales es necesario hacer una labor propia de investigación para desentrañar los datos que se necesitan. De los departamentos jurídicos de las instancias de salud no se recibió ninguna respuesta. En relación a la información estadística, la principal falencia es que no siempre está desagregada. Cuanto más desagregada sea la información que se solicita, mayor es la dificultad para encontrarla. Esto se debe a que gran parte de la información está compilada en grandes rubros sin que se consideren variables etarias, étnicas e incluso, de género.

d.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

d.2.a Capacitación y presupuesto

Ninguna de las entidades oficiales consultadas nos proporcionó información oficial sobre políticas sistemáticas de capacitación y entrenamientos de funcionarios estatales sobre el derecho al acceso a la información. De acuerdo con la información proporcionada por la Dirección General de Servicio Civil, adscrita a la Presidencia de la República, esta entidad brinda capacitación en el tema. Sin embargo, no tuvimos acceso a datos completos sobre ninguna de las ofertas de capacitación que realiza esta entidad. En cuanto a los programas y cursos de capacitación impartidos a los profesionales, no encontramos información sobre iniciativas de capacitación posteriores al año 2005.

En relación con el presupuesto, a la hora de conocer el presupuesto del Ministerio de Salud, debimos analizar los documentos de Memoria Institucional a que el mismo nos refirió. Sobre la base de ese análisis, elaboramos la siguiente tabla¹⁵⁷. Las memorias institucionales, además, brindan información sobre la ejecución presupuestaria (que ronda el 80%) pero de manera general, no desagregada. Asimismo, no se nos proporcionó información pertinente sobre el presupuesto anual destinado a la promoción de la salud sexual y reproductiva en los años 2009, 2010, y 2011.

AÑO	MONTO
2009	¢71.062,76
2010	¢86.885,75
2011	¢104.797,38

En cuanto a los programas de salud sexual y reproductiva, de parte del Ministerio de Salud se recibió copia en archivo digital de las Memorias Institucionales correspondientes a 2009, 2010, 2011. Estos documentos dan cuenta de los objetivos, metas y acciones de la institución en general y de la Política Nacional del Salud 2011-2021. En relación con la salud sexual y reproductiva, se recibió copia en archivo digital e impresa de la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, documento que plantea las metas, objetivos y acciones en esta materia. Esta Política aún no se ha empezado a ejecutar.

¹⁵⁷ Monto total de los presupuestos autorizados de todos los organismos presupuestarios del Ministerio de Salud. Periodo 2009-2011 (cifras en millones de colones). Fuente: Elaboración propia con base en Memorias institucionales del MINSa 2009, 2010 y 2011.

d.2.b Aborto

El aborto terapéutico es el único tipo de aborto no penalizado en Costa Rica. Sin embargo, de acuerdo con la información proporcionada por la coordinadora del Programa de Salud de la Mujer del Área de Atención Integral a las Personas, no existe ningún programa específico para la atención de este tipo de abortos.

En relación a la cantidad de abortos¹⁵⁸ legales practicados en los últimos tres años, la Dirección de Estadística nos remitió información sobre la *totalidad* de abortos atendidos en el sistema de salud pública, ya sean espontáneos o inducidos. En consecuencia, **la información proporcionada no nos permite determinar la cantidad de abortos “legales” que se han producido en los últimos años.**

En cuanto a la cantidad de abortos desagregados por causal de aborto, la tabla que sigue resume la información que nos proporcionó la Dirección de Estadística. Una vez más, dado que no es posible determinar el número de abortos legales, los datos consignados en las tablas corresponden a la totalidad de los abortos registrados en 2009, 2010 y 2011.

NÚMERO DE ABORTOS DESAGREGADOS POR CAUSA

Abortos por causa	2009	2010	2011¹⁵⁹
Embarazo ectópico	599	615	594
Mola hidatiforme	---	6	5
Productos anormales de la concepción	2.031	2.142	2.152
Aborto espontáneo	87	153	132
Aborto médico	1	3	5
Aborto no especificado	5.180	4.772	4.984
Otros tipos de aborto	1	1	2
Otros tipos	9	5	8
TOTAL	7.908	7.697	7.882

Abortos hospitalarios por año según diagnóstico principal- CCSS 2009-2011

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas de CCSS.

Como vemos, las categorías de clasificación utilizadas para desagregar la información sobre las causas de los abortos registrados son confusas. Por ejemplo, hay 3 categorías no específicas (aborto no especificado, otros tipos de aborto y otros tipos) y no se detalla qué se entiende por aborto “médico”. La información aportada contiene detalles mayores de las

¹⁵⁸ Para efectos de la estadística, “se considera aborto al producto de la concepción con menos de 22 semanas de gestación y nacido muerto” (Área de Estadística CCSS)

¹⁵⁹ Los datos para 2011 son preliminares.

clasificaciones de cada caso (abortos completos, incompletos y tipos de complicaciones). En ningún caso la información se desagrega por etnia ni escolaridad de la mujer. Tampoco hay datos sobre los métodos empleados para interrumpir el embarazo. Por el contrario, para determinar este punto habría que indagar cada expediente, lo que requeriría obtener un permiso especial, pues los expedientes no son información pública.

En cuanto al aborto ilegal, tal y como indicaron desde el Programa de Salud de la Mujer del Área de Atención Integral a las Personas, esta información no se encuentra disponible en las estadísticas del Sistema de Salud pues no existe una manera de registrarlos, en particular si no sufren complicaciones que ameriten hospitalización. No obstante, se nos refirió a una investigación realizada en 2008 por la Asociación Demográfica Costarricense, que estima que cada año se ocurren 27.000 abortos inducidos, lo que representa una tasa de 22,3 abortos por cada mil mujeres de entre los 15 y 49 años y de 38 abortos por cada cien nacidos vivos (Gómez, 2008)¹⁶⁰. El estudio de la Asociación Demográfica Costarricense es único en su campo, por lo que no se cuenta con datos similares anteriores ni posteriores a 2008.

El Área de Estadística en Salud de la CCSS no nos proporcionó información oficial sobre los abortos inseguros¹⁶¹. Sólo pudimos tener acceso a información sobre hospitalizaciones relacionadas con complicaciones posaborto durante el año 2008, a través del estudio de la Asociación Demográfica Costarricense mencionado en el párrafo anterior.

Por último, la Sección de Estadística del Departamento de Planificación del Organismo de Investigación Judicial nos proporcionó extensas bases de datos para todos los delitos, entre ellos los de “aborto procurado”, tanto para los casos “entrados al sistema judicial” como aquellos que terminaron en condena. Con respecto a las variables analizadas, no siempre es posible contar con información desagregada por sexo y edad, y por país de origen o zona de residencia. No existe información que permita cruzar las variables de etnia, escolaridad ni condición civil de la mujer. Sin embargo, como los casos de condenas son realmente pocos (sólo uno en 2010) es posible obtener detalles del perfil de las personas perseguidas penalmente mirando las tablas generales.

¹⁶⁰ Esta información está construida a partir de las percepciones obtenidas mediante una “Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) y una “Encuesta en Centros de Salud (ECS)”

¹⁶¹ La falta de respuesta podría deberse a un descuido no intencionado (o al extravío de la pregunta en las sucesivas redirecciones que sufrió la solicitud). Como la información se recibió al límite del plazo de este informe, no se volvió a solicitar.

Tipo de delito	2009	2010
Aborto	47	19
Aborto culposo	0	4
Aborto impune	0	2
Aborto procurado	0	6
Tentativa de aborto	1	1
TOTAL	48	32

Casos penales¹⁶²

Como se puede observar, las categorías que se utilizan para consignar la información son confusas y no se aclaran qué criterios se utilizan para clasificar una denuncia en una u otra categoría de relevamiento. Tampoco debería incluirse la categoría “aborto impune” pues, como su nombre lo indica, no puede dar lugar a una denuncia. A partir de la lectura de otras tablas (por ejemplo, la que indica el tipo de tribunal que acogió cada caso), pudimos deducir que uno de los casos ingresados por “aborto procurado” correspondía a una mujer menor de edad.

En relación a la información sobre condenas, también contamos con datos de 2009 y 2010, pues la información correspondiente a 2011 tampoco estaba disponible al momento de la solicitud (marzo 2012). Para estos datos sí se cuenta con el cruce por sexo y la lectura de otras tablas permite agregar la variable de las sentencias recibidas, el tipo de delito y el juzgado en el cual se procesaron los casos. No hubo ninguna condena por delito de aborto en el año 2009 y la única ocurrida en 2010 fue para una mujer menor de 24 años, que según lectura de otras tablas es de nacionalidad nicaragüense y fue juzgada en la provincia de Cartago. Esta mujer fue condenada por aborto procurado y se le permitió la ejecución condicional de su pena.

La información que nos proporcionaron no nos permite determinar las razones por las cuales se desestiman los casos ingresados (i.e. el total de los 48 denunciados en 2009 y el 99% de los denunciados en 2010). Esta información no se encuentra disponible. Para obtenerla, es necesario rastrear cada expediente, pero desconocemos si los expedientes son de carácter público.

¹⁶² Casos penales entrados al Sistema Judicial por tipo de delito. Fuente: Sección de Estadística, Departamento de Planificación. OIJ.

d.2.c Mortalidad y morbilidad materna

El Ministerio de Salud cuenta con un Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, realizado para el periodo 2006-2015. Sin embargo, las instancias de la CCSS ni del MINSA consultadas no nos proporcionaron una respuesta oficial sobre la asignación y ejecución presupuestaria del programa. Asimismo, no nos fue posible conseguir información sobre las autoridades encargadas de ejecutar este plan.

No recibimos una respuesta oficial en relación a la normativa y políticas públicas destinadas a reducir la mortalidad materna. De acuerdo con los documentos enviados por el MINSA y a la información obtenida a través de una investigación propia, podemos enumerar las siguientes normas: “Normativa para la Atención Prenatal de bajo Riesgo Obstétrico”; “Norma Nacional de Atención Integral en Pos-Parto”; Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley 7735; “Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en periodo prenatal, parto y pos parto”, elaborada por la CCSS. No existe legislación ni políticas específicas dirigidas a mujeres indígenas.

Finalmente, el Área de Estadística en Salud del Ministerio de Salud nos proporcionó estadísticas sobre mortalidad materna que se elaboran en base a información recogida anualmente. De parte del Área de Estadística de la CCSS se recibió información sobre los diagnósticos de egreso hospitalario por embarazo parto y puerperio para los años solicitados, en las tablas enviadas se consignan 75 diagnósticos principales.

d.2.d Adolescentes

No obtuvimos información oficial sobre el presupuesto y los indicadores de desempeño de los Programas para la atención de adolescentes. Tampoco recibimos información completa sobre los programas de salud ofrecidos por el Ministerio de Salud en materia sexual y reproductiva exclusivos o extensivos a adolescentes. En el documento de la Política Nacional de Sexualidad sí aparecen especificidades para la población adolescente en las Áreas de Intervención propuestas. Sin embargo, estas áreas no se han traducido aún en programas concretos. Por su parte, en el documento del Plan Estratégico Nacional en Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 se aportan elementos que permiten evaluar el desempeño de las acciones tomadas hasta ahora para esta población. A partir de esta información podemos notar cómo el uso de los servicios de salud se hace desde una óptica de atención a la

enfermedad y no de prevención, situación que resulta evidente en el caso de las adolescentes que llegan a los servicios cuando ya están embarazadas.

No recibimos información oficial sobre el número de clínicas o centro de atención dependientes del Ministerio de Salud que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva de manera diferenciada a adolescentes ni sobre la producción de estadísticas. A través del análisis de diversos documentos, pudimos conocer que el informe “Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (EDNA)” lo realiza el Programa Interdisciplinario de Estudios y Acción Social de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (PRIDENA) de la Universidad de Costa Rica. También tomamos conocimiento de que durante 2011 se llevó a cabo la Encuesta nacional – MICS que aportará información para evaluar los programas y políticas dirigidas a la niñez y juventud en riesgo. Se espera que los resultados de la encuesta estén disponibles en septiembre de 2012.

No se recibió información sobre protocolos, normas o resoluciones implementadas para que las y los profesionales de salud ofrezcan a las personas adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva. En cuanto a los programas de educación sexual para adolescentes, el único programa existente fue recientemente lanzado por el Ministerio de Educación y se llama “Educación para la Sexualidad y la Afectividad”. Se tiene previsto implementarlo, en un plan piloto en el área metropolitana, a partir de 2013.

d.2.e Anticoncepción

No se nos proporcionó información sobre programas específicos de anticoncepción. Con respecto a los presupuestos, la Dirección Técnica de Bienes y Servicios de la Dirección de Logística de la CCSS completó la tabla que se le envió.

Rubro/Año	2009¹⁶³	2010	2011
Compra de anticonceptivos (total)	110.685.00	765.270.00	1.246.072.00
Cantidad de anticonceptivos adquiridos	3.156.000	4.465.000	5.221.000

Presupuesto destinado a la compra de anticonceptivos- 2009-2011 (en USD)

Fuente: Dirección Técnica de Bienes y Servicios de la Dirección de Logística de la CCSS

Las autoridades gubernamentales tampoco nos brindaron información sobre los programas implementados para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos.

¹⁶³ En el año 2009 no se adquirieron anticonceptivos orales, en vista con los niveles de inventario con los que se contaba.

En la Política Nacional de Sexualidad se hace referencia a la necesidad de implementar este tipo de programas. La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva también ofrece datos que evidencian las debilidades en este campo. Tampoco se recibió información sobre los Métodos y prácticas anticonceptivas disponibles en centros de salud del sector público. No hubo una respuesta formal a nuestras preguntas sobre la cantidad, el sexo y la edad de los usuarios de métodos anticonceptivos. El documento de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enviado por el Ministerio de Salud, que se realizó como tal por primera vez en 2010, sí ofrece los datos solicitados, los cuales deben rastrearse y sistematizarse para obtener la información solicitada.

Por último, no se nos proporcionó información sobre los mecanismos de evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos. Ni en los documentos enviados ni en los que nosotras mismas buscamos, encontramos ninguna referencia a la obligación de brindar información y asesoría en métodos anticonceptivos.

(e) ECUADOR

e.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

Entre el 9 de marzo y el 9 de junio de 2012, Planned Parenthood Global, el Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (FEDSR) con la colaboración del Equipo UELMGAI, Normatización (salud Mujer salud adolescente), equipo ENIPLA del Ministerio de Salud Pública recopilaron información referida a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en el Ecuador. Esta recopilación se hizo a través de una petición realizada por el FDSR a la Ministra de Salud Carina Vance, el 17 de Abril de 2012. Durante dos meses, se realizó un seguimiento de la petición con las profesionales asignadas para este proceso: Daniela Alvarado, asesora de la ministra y responsable nacional de la estrategia intersectorial de Planificación Familiar-ENIPLA, y la Dra. Mónica Cañas¹⁶⁴, responsable de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Asimismo, contamos con la colaboración de Ana Cristina Vera, compañera y amiga feminista que, en el transcurso de esta investigación, fue designada como asesora de la

¹⁶⁴ Es importante informar que la Dra. Mónica Cañas, informante clave en este proceso, se ha ausentado por viajes al exterior del país y no se tuvo una persona a cargo para este trabajo en su reemplazo. Igualmente, la Dra. Cañas pidió información al Departamento de Epidemiología, el mismo que no respondió a su requerimiento.

Ministra de Salud¹⁶⁵. La información solicitada fue entregada en forma parcial el 9 de junio. El 11 de junio se nos entregaron anexos en soporte CD¹⁶⁶.

A pesar de que la carta de petición de información fue recibida y diligenciada sin problema por el Ministerio de Salud, consideramos necesario plantear algunos puntos críticos. En primer lugar, a nuestro juicio, la petición no recibió una atención adecuada. Asimismo, a través de esta investigación, comprobamos que las autoridades del sistema de salud no tienen conciencia de la necesidad de contar con datos actualizados respecto de los temas requeridos. La información no es recogida sistemáticamente. Al respecto, una de las principales fallas que encontramos es la falta de ejecución de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), antes denominada Encuesta Nacional Materno Infantil-ENDEMAIN. Esta encuesta fue realizada en el año 2004 y debía repetirse en 2008, pero no se ejecutó. La ENSANUT fue presentada públicamente. Sin embargo, todavía no se ejecuta.

e.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

e.2.a Capacitación y presupuesto

Hasta 2011, se registraba un proceso sostenido de capacitación en *cascada* a prestadores de atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Este proceso se fortaleció con la nueva Normativa de Salud sexual y Salud Reproductiva, normativa que hace hincapié en el derecho de las y los usuarios a una atención de calidad y calidez con actividades recomendadas por la evidencia científica. Toda la normativa promueve el asesoramiento y no la consejería. Las actividades de capacitación se basan en las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal, la Norma y Protocolo de Planificación Familiar y de manejo integral de los/las adolescentes, la Norma de Erradicación de la Violencia de Género, y la Guía Técnica para la Atención de Partos Culturalmente Adecuados¹⁶⁷. Asimismo, la metodología de capacitación está definida en la “Guía del Capacitador” y “Guía del Proveedor”.

Durante el 2012, en el marco de la nueva estructura del MSP, se pretende mejorar el proceso de capacitación para romper con el esquema de capacitación en *cascada*, que no tuvo los resultados esperados, e iniciar un proceso de capacitación a los prestadores más directo, a

¹⁶⁵ Ella recibe correos y llamadas telefónicas de Gayne Villagomez y Virginia Gómez de la Torre para apurar la elaboración del cuestionario.

¹⁶⁶ A requerimiento urgente de Virginia Gómez de la Torre.

¹⁶⁷ Todos estos documentos se los puede obtener, accediendo al siguiente portal web: <www.msp.gob.ec/index.php/component/content/?view=featured>.

través de la atención local en línea con apoyo de la Dirección de Normatización del Talento Humano y la conducción técnica de la Dirección de calidad de los servicios de salud y la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-UELMGYAI. Ya están diseñadas las aulas virtuales de capacitación en la Plataforma de SSyR del MSP (adjunto presentación y la dirección www.ssysr.org).

Se nos proporcionó información sobre el presupuesto anual destinado a la salud en los años 2009, 2010 y, 2011 y el presupuesto anual destinado a la promoción de la salud sexual y reproductiva en los años 2009, 2010, y 2011.

PRESUPUESTO 2009	PRESUPUESTO 2010	PRESUPUESTO 2011	TOTAL
982,613,813.00	1,239,150,611.07	1,474,903,999.43	3,696,668,423.50

Presupuesto asignado al MSP
Fuente: SIGEF¹⁶⁸

PRESUPUESTO 2009	PRESUPUESTO 2010	PRESUPUESTO 2011	TOTAL
3,064,892.20	1,368,209.63	736,780.87	5,169,882.70

Presupuesto anual destinado a la promoción de la salud sexual y reproductiva en los años 2009, 2010, y 2011. Unidad ejecutora de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. Presupuesto asignado para gastos operativos de la unidad. Fuente: SIGEF

Las autoridades gubernamentales también nos proporcionaron información sobre los objetivos, metas y acciones de los programas de salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la normativa que regula las asignaciones presupuestarias de los programas de salud sexual y reproductiva, la Constitución prevé específicamente la asignación de fondos para garantizar la atención de la SSyR, al igual que la ley orgánica de Salud. Sin embargo, los recursos son generales para mejorar los procesos de atención y no específicos desde el MSP. Para fortalecer la atención de la SSyR se sancionó la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia. La ley contempla la asignación de fondos para cubrir las prestaciones con gratuidad y los recursos para fortalecer la infraestructura de los Servicio de SSyR. Así, se procura tanto mejorar la atención a partir de la contratación de talento humano calificado, como adecuar los servicios de salud al nuevo enfoque de atención en derechos.

¹⁶⁸ SISTEMA INTEGRADO DE GESTION FINANCIERA, El Sigef -el sistema a través del cual se implementa el Presupuesto del Estado

e.2.b Aborto

En cuanto a los abortos inseguros, la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a través de la base matriz, en forma mensual, recoge información sobre las hospitalizaciones relacionadas con complicaciones posaborto en cada uno de los hospitales básicos y hospitales especializados. Sin embargo, no se cuenta con información sobre la edad, estado civil y lugar de residencia de las mujeres hospitalizadas. Según el Ministerio de Salud Pública, “*El 32.6 % de mujeres ecuatorianas ha experimentado algún tipo de aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica*”. Así describe CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) en un informe emitido el día 13 de octubre del 2010, resultado de una encuesta sobre hábitos y conductas sexuales, realizado en varios países de la región por la empresa Tendencias Digitales en conjunto con el grupo Diarios de América¹⁶⁹.

Según el organismo oficial de estadísticas del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC, para el año 2009 la razón de mortalidad materna por aborto en el Ecuador, es de 3,24 x 100.000 n.v.o. Esta cifra es una referencia nacional tomando para el cálculo de la razón, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos oportunos, es decir los registrados el mismo año de nacimiento.

El aborto es una de las mayores causas de morbilidad en las mujeres, con el consecuente efecto en su calidad de vida. En el decenio 1999-2008 la atención de abortos en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), ha tenido un incremento estadísticamente significativo ($R=0,98$; $p=0,00\dots$). En el año 2007, hubo 23.698 egresos hospitalarios por aborto no especificado. Las atenciones obstétricas por aborto siguen incrementándose de 12.917 en el año 2000 a 25.343 en el año 2008^{170/171}.

Los datos del CENSO INEC para el 2010 muestran que el aborto no especificado es la primera causa de morbilidad femenina y la quinta causa de morbilidad general.

¹⁶⁹ Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. CLACAI. International Consortium for Medical Abortion. ICMA. Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica. Disponible en <http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5>.

¹⁷⁰ Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información, Población e Indicadores Demográficos y de Productividad, Ecuador 1999-2008. 4. Vanessa Bustamante M.d. M.p.h. Tendencia y Magnitud de la mortalidad materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones (diagnósticos 003-008 CIE 10) en los servicios públicos del Ecuador. Marzo 2011.

El Ministerio de Salud está elaborando una norma de Atención Post Aborto-APA, que incorpora el uso de misoprostol y aspiración manual endouterina. Esta guía está en proceso de validación. De igual manera, ha comenzado el proceso de elaboración de una guía de aborto no punible. Las dos guías están siendo elaboradas dentro de un proceso que el MSP exige en términos de la obtención de productos que cumplan con estándares de calidad.

En cuanto a la mortalidad materna por aborto, el número total de muertes maternas registradas en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP (SIVE-ALERTA-MSP), relacionadas con diagnóstico CIE 10, O03 – O08¹⁷², de los años 2008, 2009 y 2010 difieren totalmente, encontrándose siempre un mayor número de muertes maternas registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP (SIVE-ALERTA-MSP). La diferencia significativa: 31 muertes maternas más, según cifras del MSP, para el año 2008, y 32 muertes maternas más, para el año 2009. Hasta el momento no se ha logrado consolidar la información referida a muertes maternas por año, entre ambos organismos, con el fin de unificar el numerador y obtener una RMM más cercana a la realidad, lo cual constituye un problema importante en el análisis de la mortalidad materna en el país.

Año	Número de MM registradas en el INEC	Número de MM registradas en el SIVE-ALERTA-MSP
2008	165	196
2009	208	240
2010	Aun no hay datos disponibles	146
TOTAL	373	582

Número de MM registrados en el INEC y en el SIVE-ALERTA-MSP. Ecuador 2008–2010.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SISVEN.

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización.

Por último, en relación a la persecución penal de mujeres que abortan, en el Ecuador no existe una tradición de denunciar a la mujer que aborta o a quien realiza el aborto. Sólo existen casos esporádicos. Por ejemplo, el 05/02/2009 se dictó sentencia absolutoria en un

¹⁷² O00 Embarazo ectópico. O01 Mola hidatiforme. O02 Otros productos anormales de la concepción. O03 Aborto espontáneo. O04 Aborto médico. O05 Otro aborto. O06 Aborto no especificado. O07 Intento fallido de aborto. O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar. Fuente: World Health Organization. Programs and Projects. International Classification of Diseases. Clasificación Internacional de Enfermedades. Consultado el 4 de febrero del 2011. Disponible en <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.

caso por falta de prueba¹⁷³. Asimismo, a marzo del 2012, se registra una denuncia de aborto en el Ministerio Público de la ciudad de Guayaquil de un total de 3126 denuncias.

e.2.c Mortalidad y morbilidad materna

No existen asignaciones presupuestarias específicas para la *atención de la mortalidad y morbilidad materna*. En cuanto a los mecanismos de monitoreo del desempeño del programa, el Subsistema de vigilancia de la mortalidad materna del MSP es el encargado de la información epidemiológica de casos de muerte materna que actualmente son ajustados con INEC con el apoyo de UNFPA. En cuanto a la periodicidad, el relevamiento de casos es continuo e inmediato y se integra a las semanas epidemiológicas. Asimismo, desde hace 4 años se realiza anualmente una búsqueda activa y consolidación de casos entre el MSP e INEC. Esta estrategia ha contribuido a mejorar los datos disponibles. Asimismo, se está elaborando un documento oficial que permitirá ajustar el dato de MM entre las instituciones MSP, INEC y Registro civil.

Las autoridades gubernamentales nos proporcionaron información sobre normativas y políticas públicas destinadas a reducir la mortalidad materna: el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (ver Anexos). También nos enviaron información sobre *el número y distribución porcentual de morbilidad materna y el número, distribución porcentual y tasa de muertes maternas*¹⁷⁴. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el período 2000-2009 disminuyeron los casos de muerte materna: mientras que en 2000 se registraron 232 casos de muertes maternas, en 2009 se produjeron 208 muertes. No obstante, a la hora de analizar las tendencias de la razón de mortalidad materna durante este período, es importante tener en cuenta que aún no se ha llegado a un consenso sobre cómo calcular la razón de muerte materna. La metodología de cálculo varía cada año, por lo cual los datos no son comparables.

e.2.d Adolescentes

Se nos proporcionó información sobre el presupuesto de los programas para la atención de adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, muchas de las cifras

¹⁷³ Recurso: Casación n° 10612/2008 P. Ponente: Sr. Martín Pallín. Sentencia: n° 87/2009 de fecha 05/02/2009

¹⁷⁴ Según el INEC, las principales causas de muerte materna en 2009 fueron: hemorragia postparto, preeclampsia, eclampsia y sepsis puerperal; manteniendo el perfil epidemiológico de los años anteriores. En 2010, la hemorragia postparto pasa a un segundo lugar, mientras que los trastornos hipertensivos fueron la primera causa de muerte materna.

no se desagregaron siguiendo los rubros indicados en el pedido de información pública: recursos humanos, infraestructura, divulgación, capacitación, equipos e insumos médicos. En cuanto a los programas de salud ofrecidos por el Ministerio de Salud en materia sexual y reproductiva exclusivos o extensivos a adolescentes, se nos indicaron las líneas de trabajo y las estrategias desarrolladas para implementarlas.

En cuanto a las clínicas o centro de atención dependientes del Ministerio de Salud que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva de manera diferenciada a adolescentes, se nos informó que en el año 2007, se contaba con 30 unidades de atención para adolescentes en 10 provincias del país (50% eran consideradas experiencias exitosas).

También se nos brindó información sobre protocolos, normas o resoluciones implementadas para que las y los profesionales de salud ofrezcan a las personas adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva y sobre cursos de capacitación a profesionales en el mismo tema. Asimismo, se han desarrollado mecanismos que permiten monitorear y evaluar la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Así, se ha desarrollado un **Manual de Estándares para medir la Calidad según Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes (MSP 2010)**. También se está ejecutando un proceso de implantación del Sistema Informático del Adolescente (SIA) que permitirá obtener un flujo permanente y actualizado de información para eliminar las brechas de acceso y mejorar la calidad de la atención de los/as adolescentes, en los servicios de salud desde una visión integral, favorecer el conocimiento epidemiológico de los/as adolescentes que acuden a los servicios, fortalecer la capacidad de auto evaluación de los equipos de salud, proporcionar a los servicios de salud una herramienta de investigación y auditoría de fácil manejo, mediante el análisis de los datos de la atención de los servicios a los/as adolescentes y sobre todo promover la toma de conciencia a los equipos de salud, sobre la importancia de la documentación completa de las atenciones brindadas en los servicios

Finalmente, no se nos proporcionó información sobre programas de educación sexual para adolescentes.

e.2.e Anticoncepción

En cuanto a los programas desarrollados para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos, se nos proporcionó información sobre el “Programa “Disponibilidad

Asegurada de Insumos Anticonceptivos” DAIA 2011-2013”, su presupuesto y los indicadores utilizados para medir sus resultados.

La siguiente tabla resume la información referida a los métodos y prácticas anticonceptivas disponibles en centros de salud del sector público:

Insumos y Medicamentos anticonceptivos	Instancia de salud donde se ofrece	Requisitos de acceso
Métodos de barrera: Condón Masculino Condón Femenino	Unidades operativas del primer y segundo nivel.	Forma gratuita accediendo a consulta externa y a través de 1900 dispensadores de condones.
*Anticonceptivos hormonales Orales Combinados: Microgynon. Etinilestradiol + levonorgestrel Marvelon. Etinilestradiol+desogestrel	Unidades de salud del primer nivel MSP.	Forma gratuita y a través de consulta externa
*Anticonceptivos hormonales Orales solo progestinas: Microlut Levonorgestrel Linestrerol	Unidades y Hospitales que cuenten atención de parto y cesáreas, evento post obstétricos. Primer y segundo nivel MSP	Forma gratuita y a través de consulta externa
*Anticonceptivos hormonales Inyectables: Mesigyna Estradiol valerato + norestisterona enantato	Unidades de salud del primer nivel MSP.	Forma gratuita y a través de consulta externa
Anticonceptivos hormonales de emergencia	Toda Unidad de Salud del primer y segundo nivel MSP	Forma gratuita y a través de consulta externa y servicios de emergencia
Implantes Subdérmicos	Unidades de salud del primer nivel MSP.	Forma gratuita y a través de consulta externa
Dispositivos intrauterinos	MSP Unidades de salud del primer y segundo nivel especialmente evento post obstétrico.	Forma gratuita y a través de consulta externa
Ligadura de trompas	Unidades de salud del segundo nivel MSP	Forma gratuita y a través de consulta externa
Vasectomía	Unidades de salud del segundo nivel MSP	Forma gratuita y a través de consulta externa

Métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud del MSP por niveles de atención

En cuanto a la estimación de necesidades de insumos y medicamentos anticonceptivos, se tienen algunas metodologías:

- 1.- Estimación de necesidades utilizando datos demográficos:

Componentes:

- 1.1. Reúna los datos demográficos necesarios para el año de comienzo de la estimación, realizando los ajustes necesarios de los datos que están desactualizados.
 - 1.2. Haga una estimación de los cambios en las variables demográficas en el transcurso del período correspondiente a la estimación.
 - 1.3. Prepare las estimaciones del consumo de insumos para satisfacer la demanda implícita en estos parámetros demográficos.
- 2.- Estadísticas del servicio

Componentes:

- 2.1. Los datos reportados son por atenciones
- 2.2. Puede determinarse la mezcla de métodos o el régimen de tratamiento
- 2.3. Los protocolos de entrega de productos están estandarizados de manera razonable en todo el programa.

El resultado de la estimación de necesidades es de utilidad al momento de establecer las cantidades y tipo de insumos y medicamentos anticonceptivos que la UELMGYAI debe comprar, para satisfacer las necesidades de anticonceptivos de las usuarias /os del MSP. La distribución de los anticonceptivos se hace una vez que cada Unidad de Salud realiza el requerimiento de insumos y medicamentos anticonceptivos a la UELMGYAI.

(f) COLOMBIA

f.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

El 20 de marzo de 2012, La Mesa presentó un derecho de petición al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de acceder a la información sobre cinco temas vinculados a los derechos sexuales y reproductivos: i) salud sexual y reproductiva; ii) aborto; iii) mortalidad materna; iv) adolescentes; v) anticoncepción¹⁷⁵. Se realizaron preguntas acerca del presupuesto, estadísticas disponibles en materia de accesibilidad y disponibilidad del servicio, e indicadores de seguimiento de los programas y políticas públicas vinculadas a estos cinco temas.

El 17 de mayo de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social dio respuesta a la solicitud, pero de *manera parcial*. Las autoridades consultadas argumentaron que no existe

¹⁷⁵ La Encuesta Nacional de Demográfica y Salud –ENDS se ha realizado en los años: 1990, 2000, 2005 y 2010 y proporcionan información nacional sobre el uso de anticonceptivos, nacimientos no planeados y necesidad insatisfecha de anticoncepción.

información en todos los temas, en particular en relación con aborto legal o ilegal, y que no cuenta con estadísticas completas, información sobre presupuesto, indicadores, entre otras. Por el contrario, a la hora de responder a nuestra solicitud de información sobre derechos sexuales y reproductivos, mortalidad materna, derechos sexuales de adolescentes y anticoncepción, el Ministerio de Salud y Protección Social proporcionó estadísticas, presupuestos y datos clave sobre el diseño y seguimiento a las políticas existentes. Adicionalmente, desde el año 2008 hasta la actualidad. La Mesa ha solicitado información sobre las cifras relacionadas con la Interrupción Voluntaria del Embarazo- IVE a las secretarías de salud departamentales y municipales de las principales ciudades de Colombia, en el marco de la aplicación de la sentencia C-355 de 2006 y de la resolución 031 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social.

f.2. Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

f.2.a Aborto

La sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto en tres circunstancias: “i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificado por un médico; y iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas o de incesto”. Asimismo, desde diciembre de 2006, el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁷⁶, las secretarías de salud de los departamentos y municipios tienen la obligación de llevar un registro sobre la prestación del servicio de aborto en todo el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social reporta 954 procedimientos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo dentro del marco constitucional desarrollado a partir de la sentencia C-355 de 2006, desde 2008 hasta septiembre de 2011. La siguiente tabla desagrega el número total de abortos según su causa.

¹⁷⁶ En cuanto al Ministerio de Salud y Protección Social, la Circular 031 de 2007 contiene instrucciones para la recolección y reporte de información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto, y exige el reporte de instituciones habilitadas y disponibles con las que cuenta cada asegurador y la especificación de algunos aspectos relativos al registro de información. No obstante, no se ha dado cumplimiento de manera total a lo dispuesto por esta circular. Por ende, no se han adoptado medidas de salud pública para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres en Colombia.

CAUSAL	Total 2008	Total 2009	Total 2010	Total 2011*	Total
1. Peligro para la vida o la salud de la mujer.	43	36	25	29	133
2. Grave malformación del feto.	129	162	87	71	449
3. Acceso carnal o acto sexual sin consentimiento.	52	41	82	44	219
4.Sin Dato	6	92	44	11	153
Total general	230	331	238	155	954

Fuente: información Reportada por EPS y DTS a la DGPYP, 2006 a 2010, y 2011* (datos parciales - incluyen 3 primeros trimestres de 2011)

Estos datos no coinciden con la información recogida por diversas instituciones prestadoras de servicio de salud sexual y reproductiva, entidades que cuentan con cifras e información sistematizada, periódica, actualizada sobre los procedimientos de aborto. La Mesa consultó a dos instituciones privadas, con el objetivo de obtener información relevante a la hora de mostrar que existen vacíos y problemas de información en relación con los datos de aborto legales en Colombia. Los datos proporcionados por ambas instituciones fueron resumidos en la siguiente tabla:

IPS	2008	2009	2010	2011
IPS 1	55	858	2112	4066
IPS 2	13	17	382	1349
Total IPS	68	875	2494	5415
Ministerio de Salud	230	331	238	155 ¹⁷⁷

En el año 2008, el Ministerio de Salud registró 230 procedimientos de aborto y las dos IPS consultadas registraron el 29% de los casos relevados por el Ministerio, lo cual da cuenta de un leve subregistro en materia de información. Mientras en los años 2009, 2010, 2011, la constante es que el Ministerio de Salud registre sustancialmente menos casos del consolidado por parte de las IPS mencionadas. Así por ejemplo, en el año 2010, el Ministerio de Salud registro el 9.5% y en el año 2011, el 2.8% del total de los casos que reportan tan sólo dos Instituciones Prestadoras de Salud consultadas por la Mesa, es decir, el nivel de subregistro es más del 90%. En breve, se observa que existen graves falencias en los sistemas de información: hay un importante subregistro en los procedimientos que se están realizando y, principalmente, no existe claridad acerca de cuántas mujeres que están acudiendo a los servicios de salud y cuántas de ellas deben enfrentar barreras de acceso y negación de los servicios de salud.

¹⁷⁷ El Ministerio de Salud advierte que la información reportada por EPS y DGPYP 2006-201° y 2011 (datos parciales –incluyen 3 primeros trimestres de 2011).

Por otra parte, el Ministerio de Salud indica que “no se cuenta con información relacionada con la condición de pertenencia a un grupo étnico, escolaridad, condición civil ni método de atención”, lo cual en efecto no permite visibilizar datos demográficos importantes, como por ejemplo la situación de las mujeres indígenas y afrodescendientes¹⁷⁸. La ausencia de datos sobre el método de atención de interés pone en riesgo el derecho a la salud e integridad personal de las mujeres. En cuanto a la metodología de relevamiento de información, la circular 031 de 2006 se crea como fuente de la información los RIPS (registro individual de prestación de servicios). Sin embargo, no hay una orientación nacional clara sobre cómo usar los códigos RIPS en el formato de reporte, en tanto tienen vacíos en cuanto a información poblacional y sociodemográfica; no hay un mecanismo expedito que permita llenar los vacíos, no hay enfoque de vigilancia activa en el sistema de reporte.

En cuanto a las secretarías de salud¹⁷⁹ de los principales departamentos y ciudades capitales de Colombia, la siguiente tabla resume la información proporcionada por las autoridades consultadas en relación al número de abortos realizados durante 2010.

Departamento	Número de aborto legales
1. Antioquia	123
2. Arauca	0
3. Atlántico	S.R.
4. Bolívar	S.R.
5. Caquetá	S.R.
6. Cauca	2
7. Cundinamarca	S.R.
8. Guajira	4
9. Huila	19
10. Magdalena	S.R.
11. Meta	13
12. Nariño	16
13. Norte de Santander	3

¹⁷⁸ El Comité de para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer- CEDAW, aun cuando reconoce las medidas adoptadas por el Estado Parte para mejorar la salud de la mujer, incluida su salud sexual y reproductiva, como el establecimiento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva y el fallo C-355 de mayo de 2006 de la Corte Constitucional que despenalizó el aborto en casos en que la continuación del embarazo constituya un riesgo para la vida o la salud de la madre, en casos de malformaciones graves del feto o en casos de violación, el Comité expresa su preocupación por las altas tasas de mortalidad materna, sobre todo entre las mujeres pobres, de las zonas rurales e indígenas y de ascendencia africana,^{37º} período de sesiones, 15 de enero a 2 febrero de 2007, CEDAW/C/COL/CO/6.

¹⁷⁹ Colombia está dividido en 32 departamentos y cada departamento tiene una Secretaría de Salud, encargada de la inspección, vigilancia y control dentro de su jurisdicción sobre los prestadores de salud que deben brindar servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Departamento	Número de aborto legales
14. Putumayo	1
15. Risaralda	141
16. San Andrés Islas	S.R.
17. Santander	S.R.
18. Sucre	6
19. Tolima	S.R.
20. Valle del cauca	117
21. Bogotá	No Aplica
Total de Casos	445

Se observa que en el año 2010, el 38% de las secretarías departamentales no dieron respuesta de fondo a la solicitud sobre información disponible en materia de aborto. Así encontramos falta información, subregistro de los procedimientos de aborto realizados y profundas contradicciones entre los datos nacionales y locales en relación al número de abortos practicados, en tanto no coincide la información que se reporta en los departamentos y en las principales ciudades con los datos proporcionados por el Ministerio de Salud.

En cuanto al aborto ilegal y el aborto inseguro, el Ministerio de Salud indica que “la atención insegura de las mujeres se practica en lugares no autorizados por la ley y la responsabilidad de su identificación y control depende directamente de las autoridades judiciales, quienes tienen la competencia de detectar, intervenir y sancionar”. En tal sentido, precisa este “tema es sujeto del interés de investigadores y la información más significativa para el país en este momento es la aportada por Guttmacher Institute, denominado Embarazo No Deseado y Aborto Inducido en Colombia”, es decir, ante el incumplimiento de sus obligaciones remite a una organización no gubernamental.

Guttmacher Institute elaboró un diagnóstico sobre el aborto en Colombia, el cual muestra que una (1) de cada 26 mujeres colombianas tuvo un aborto inducido en 2008 y que, aproximadamente, un 29% del total de embarazos terminaron en aborto. Según este informe, en 2008 se realizaron en el país 400,400 abortos inducidos, lo que representa un aumento en dos quintas partes, cifra significativa en comparación con los 288,395 estimados en 1989. Sin embargo, la tasa de aborto no ha cambiado sustancialmente en las pasadas dos décadas; más

bien, el aumento en procedimientos refleja en su mayor parte el crecimiento en el número de mujeres en edad reproductiva¹⁸⁰.

Una de cada 26 colombianas tiene un aborto. Esta tasa de aborto está algo por encima del promedio para el conjunto de países de América del Sur, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó en 33 abortos por 1,000 mujeres para 2003. 22,23 Según los pocos datos disponibles para otros países latinoamericanos con leyes similares, la tasa de aborto en Colombia es ligeramente más alta que la de México (33 por 1,000 mujeres en 2006), 24 mucho más alta que la de Guatemala (24 por 1,000 en 2003) 25 y mucho menor que la de Perú (54 por 1,000 en 2000)¹⁸¹.

Los hallazgos del estudio revelan la necesidad de eliminar obstáculos institucionales y burocráticos para las mujeres que buscan un procedimiento legal, así como lograr que las instituciones de salud que cuentan con la capacidad y el mandato de proveer procedimientos legales y seguros los atiendan. Seis de cada 10 instituciones de salud en Colombia, que tienen capacidad de dar servicios de atención posaborto no lo hacen; y cerca de nueve de cada 10 de esas instituciones no ofrecen servicios de aborto legal”¹⁸².

Asimismo, el Ministerio expresa que “a nivel institucional, en el sector salud no existe un mecanismo de información ni herramientas técnicas para el reporte de estos casos”. Pero, tampoco advierte como solucionar este problema teniendo a crear una herramienta técnica para conocer el número real de abortos, las complicaciones y limitaciones que presentan las mujeres.

El Ministerio de Salud no dio respuesta de fondo a nuestro pedido de información sobre frente a la información disponible sobre: 1) el número de mujeres y tasa de hospitalización relacionada con las complicaciones por aborto desglosada por causa de morbilidad, año, edad, estado civil o de unión y lugar de residencia. Ni advierte cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas. 2) Número de denuncias, consignaciones y sentencias existentes en las instancias de justicia por el delito de aborto desglosadas por año, lugar de residencia, edad, escolaridad y condición de unión de la mujer.

¹⁸⁰ Guttmacher Institute, Embarazo no planeado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, Colombia, Bogotá, 2011 pág, 10.

¹⁸¹ *Ibidem*.

¹⁸² *Ibidem*.

f.2.b Mortalidad y morbilidad materna

La Información Oficial de la mortalidad materna en Colombia es reportada por el Departamento Administrativo de Estadísticas- DANE. Por esta fuente está disponible hasta el año 2009. Su recolección, proceso y análisis es anual y se emite el dato con un retraso de 18 meses a 2 años¹⁸³.

Es importante reconocer que existe un gran desacuerdo en cuanto a los niveles actuales de mortalidad materna en Colombia. La diferencia radica en el número de nacidos vivos que para el Ministerio de Salud se ubica en cerca de un millón, mientras que en las estadísticas vitales estaría alrededor de 860 mil al año. Debido a esta controversia se dejó de utilizar el indicador tradicional (defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos) lo cual complica significativamente la definición de metas en el área de salud materna. Si se acepta la cifra de nacidos vivos del Ministerio, la tasa sería de 67,7 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos, pero si se toma la que proviene de los nacimientos registrados en estadísticas vitales, la mortalidad materna estaría en cerca de 100 mil por cien mil mujeres en edad fértil. Con base en estas estimaciones se calcula que en Colombia ocurren entre 859 y 895 muertes maternas por año.

Es importante destacar que, aunque las cifras de mortalidad materna en Colombia han disminuido en los últimos diez años, estas cifras generales presentan diferencias importantes de acuerdo con el ciclo reproductivo de las mujeres, los departamentos de origen, el sector urbano-rural, el estrato socioeconómico, el régimen de afiliación a la seguridad social, y la pertenencia a determinados grupos étnicos y raciales (siendo mayor en grupos de mujeres vulnerables). Así mismo, es importante mencionar que en los estudios más recientes hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres.

¹⁸³ Ministerio de Salud y Protección Social, Respuesta al derecho de petición presentado por La Mesa, 17 de mayo de 2012.

En este sentido, al observar el comportamiento de la mortalidad materna de acuerdo con el ciclo reproductivo y según la distribución porcentual de las muertes en cada grupo de edad, se advierte que en las jóvenes entre 15 y 19 años la tasa es más alta que en las mujeres de veinte a veinticuatro años, a su vez, la de este último grupo es más baja que la del grupo de veinticinco a 29 años. Así mismo, se advierte que el mayor riesgo de muerte relacionado con los nacimientos después de los 34 años.

En relación con el comportamiento de la mortalidad materna por departamento, zona, estrato socioeconómico y régimen de afiliación es importante mencionar que las diferencias existentes están directamente vinculadas, entre otras, con las condiciones de pobreza, las facilidades de acceso a los servicios, la infraestructura básica disponible, el adecuado y oportuno diligenciamiento de los certificados de defunción y la calidad de la información.

De esta manera, las regiones que presentaron la tasa más alta de mortalidad materna fueron la Orinoquía y la Amazonía, que comprenden las vastas planicies y zonas selváticas del sur oriente, seguidas por las regiones Oriental y Pacífica. Con valores por debajo del promedio nacional se encontraron las tres regiones restantes: Central, Atlántica y Bogotá. Según la división político administrativa por departamentos, un poco más de la tercera parte de ellos presentó niveles de mortalidad materna extremadamente altos frente al promedio del país.

f.2.c Anticoncepción

Después de haber publicado un documento de referencia sobre Promoción de Salud Sexual (Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción, 2000), la Organización Panamericana de la salud hace énfasis en el acceso universal a métodos eficaces de planificación familiar. Además, en el Marco Integral para la Protección de derechos de la Niñez, la UNICEF insiste en la necesidad de incluir educación amplia y orientada a todos los niños y adolescentes con respecto a su salud sexual y reproductiva, que además incluya el conocimiento del acceso que deben tener a consultar y acceder a métodos de planificación familiar. A pesar de esto, la información disponible en Colombia con respecto a mujeres o familias que acceden a estos servicios se reduce a encuestas como la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. No están disponibles indicadores de programas y su utilización. A lo sumo, se tiene acceso al número de profesionales u orientadores contratados para este fin, sin que estas cifras puedan indicar un acceso efectivo a este derecho.

Por otro lado, al preguntar al Ministerio de Salud con respecto a los programas de educación sexual y reproductiva en Colombia, no hay una respuesta satisfactoria. Por el contrario, se delega dicha responsabilidad al Ministerio de Educación, siendo ésta una responsabilidad conjunta de ambas carteras. Finalmente, da la impresión que esta labor se diluye en tareas administrativas y falta de indicadores eficientes.

(g) PERÚ

g.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

El 2 de marzo del 2012, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX presentó 6 solicitudes (vía internet) de acceso a la información dirigidas tanto al Ministerio de Salud (5) y al Poder Judicial (1). Inicialmente se presentó una sola solicitud al Ministerio de Salud (MINSA) y luego, por recomendación de una funcionaria, se dividieron según materia y se enviaron a la Defensoría de la Salud y Transparencia (lineamientos de acción de derechos en salud), a la oficina general de planeamiento y presupuesto (presupuesto); a la Dirección General de Promoción de la Salud (prevención), a la Dirección General de Salud de las personas (evaluaciones de los programas) y a la Oficina General de Estadística e Informática (estadísticas).

La mayoría de las preguntas fueron respondidas dentro del plazo de 7 días que te exige la ley. Sin embargo, estas fueron incompletas, incorrectas o no se recibió respuesta alguna. En estos casos, fue necesario volver a realizar los pedidos y coordinar con los funcionarios responsables. Estas fallas se reportaron a la encargada de la oficina de acceso a la información, funcionaria que nos recomendó tomar contacto con las personas que debían brindarnos la información para poder determinar si habían existido problemas de comprensión de la pregunta o bien alguna duda u observación que estuviese obstruyendo la respuesta. En varios casos, comprobamos que nuestra llamada fue suficiente para que nos dieran respuesta. En otras oportunidades, nos respondieron que alguna de las preguntas debían ser respondidas por otras entidades. En consecuencia, debimos realizar nuevas peticiones sin obtener respuesta alguna, y otros pese a la aclaración hecha, enviaron respuestas incompletas o no respondieron.

En relación a las preguntas sobre aborto y presupuesto, es importante señalar que el funcionario encargado de brindarnos esta información nos preguntó sobre “la razón por la que

hacía preguntas sobre el aborto cuando éste estaba penalizado” y luego nos informó “que no existían estadísticas”. Ante esta respuesta, le señalamos que esa información era errónea: existen estadísticas, tal como pudimos verificar a través de un pedido realizado en el año anterior. El funcionario nos preguntó por qué estábamos pidiendo información si, tal como le informamos, ya conocíamos las estadísticas. Este hecho fue reportado a su superior, posteriormente el funcionario envió las respuestas solicitadas. Su superior nos informó que este caso sería reportado internamente y que el funcionario sería sancionado.

Respecto a si la información era fidedigna o no, algunas de las respuestas señalan expresamente que los documentos son de origen público: muchas de ellas se basan en informes de carácter público, legislación, documentos de control interno o bases de datos del departamento de estadística del MINSA y del Poder Judicial. Sin embargo, también hubo respuestas en las que la autoridad omitió señalar su fuente de origen, lo que compromete su confiabilidad. Este fue el caso de las respuestas relativas a políticas de adolescentes, la información presupuestal y estadísticas.

g.2 Producción de información de manera oficiosa

El Ministerio de Salud cuenta con un *portal de transparencia*¹⁸⁴ a través del cual las personas pueden acceder a la información pública generada por esta institución. De acuerdo con lo señalado en la página web, la implementación del Portal responde a los *Lineamientos de Política Sectorial de promover la ética, la transparencia, la participación y el control ciudadano, y la lucha contra la corrupción. Asimismo, materializa el interés de la Alta Dirección del Ministerio de Salud de transparentar y publicitar la actuación del Ministerio, según lo normado por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.*

A su vez, el Estado realiza la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). La encuesta es elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), recopila estadísticas anuales sobre el uso de métodos anticonceptivos, mortalidad materna, salud y adolescentes, entre otros temas y *se realiza en el marco del programa mundial de las Encuestas de Demografía y Salud, conocido en la actualidad como MEASURE. La ENDES continúa los esfuerzos iniciados con la Encuesta Mundial de la Fecundidad y la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos, en 1977- 78 y 1981 respectivamente, para obtener*

¹⁸⁴ Página Web del Ministerio de Salud. Ver en <<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4>>.

*información actualizada y efectuar análisis del cambio, tendencias y determinantes de la fecundidad, mortalidad y la salud en los países en vías de desarrollo*¹⁸⁵. El Estado también cuenta con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) que realiza el Consejo Nacional de Población para recopilar estadísticas anuales de diversos temas entre los que se encuentra la demanda del sistema de salud de métodos anticonceptivos.

g.3 Obligación de producir estadísticas confiables

La oficina de estadística de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, es el órgano encargado de implementar y monitorear el cumplimiento y aplicación de códigos estandarizados e instrumentos de recolección vinculados a la información en el Sector Salud; identificar, producir y actualizar periódicamente la información de salud para fines de planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación de los servicios de salud; diseñar y establecer el proceso de información de salud en el Sector Salud, estableciendo los mecanismos que provean cobertura, calidad y oportunidad de la información; diseñar y ejecutar encuestas orientadas a captar y generar información estadística no continua para la planeación y toma de decisiones; analizar y difundir la información estadística necesaria para el proceso de análisis de la situación de salud y la toma de decisiones y difundir la información de salud e implementar los servicios necesarios para su utilización.

A la hora de responder las preguntas formuladas, el Estado omitió brindar información estadística de manera oficiosa desagregada por etnia, nivel de escolaridad, condición civil o de unión de las mujeres. Solo la información sobre muerte materna y aborto está desagregada por edad. En el tema del aborto, las estadísticas están desagregadas por departamento, edad y complicaciones obstétricas.

En síntesis, podemos concluir que el MINSA se encuentra debidamente organizado para capturar, elaborar y sistematizar información completa y necesaria relacionada con el sector salud. Asimismo, se observa que el Estado peruano produce información estadística relativa a sectores de la población vulnerables. Sin embargo, ninguna de las respuestas incluyó un desagregado por indígenas pese a que fue solicitado.

¹⁸⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Para mayor información ver <<http://desa.inei.gob.pe/endes/>>.

g.4 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

g.4.a Presupuesto

En relación al presupuesto del sector salud, el MINSA nos informó que la suma total del presupuesto fue de s/. 3,480,646,100 nuevos soles en 2009; de s/. 3,461,830,274 nuevos soles en 2010 y s/. 808,657,528 en 2011; lo que representa una suma total de s/. 7,751,133,902 nuevos soles.

El presupuesto para salud sexual y reproductiva para el año 2009 fue de s/. 3,480,646,100 nuevos soles. En 2010, el monto fue de s/. 3,461,830,274 nuevos soles y en 2011, el monto fue de s/. 808,657,528. En total, la suma de los tres años asciende al monto de s/. 7,751,133,902 nuevos soles.

El presupuesto para la atención integral de salud adolescente fue de s/. 34,625,844 en 2009; s/. 11,693,707 en 2010 y s/. 2,369,646 en 2011. En total, el monto asciende a s/. 48,689,197. Finalmente, el presupuesto para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna para el 2009 fue de s/. 159,230,243 nuevos soles; para el 2010, el monto asciende a s/. 175,569,478 nuevos soles y para el 2011, el monto es de s/. 27,193,693 nuevos soles. En total, el monto para este rubro es de s/. 361,993,414 para los tres últimos años.

Tal como se puede ver, la información no da cuenta del contenido de la consulta que se le hizo llegar. Hay dos elementos a resaltar: la información no corresponde a la real asignación presupuestal relacionada a la salud sexual y reproductiva, pues sólo da cuenta de la información que maneja el Ministerio de Salud a nivel central, pero no proporciona datos sobre la información en poder de las dependencias de los gobiernos regionales, en donde se ejecuta la mayor parte del gasto. Cabe señalar que, en el caso del Perú, desde hace algunos años viene funcionando la descentralización y el sector salud ha sido uno de los primeros que han pasado por este proceso. Sin embargo, la descentralización peruana no está basada en la autonomía de los gobiernos regionales, por lo que el MINSA Central se constituye en el ente rector. Por lo tanto, debería estar en condiciones de señalar el presupuesto que opera a nivel nacional, regional y local en salud. El segundo elemento a destacar se relaciona con las líneas de financiamiento. Si bien en el Perú se ha avanzado significativamente con relación al presupuesto por resultados, este presupuesto está distribuido en distintos componentes de actividades estratégicas y bajo distintos niveles de responsabilidad. En consecuencia, resulta

muy difícil para los no entendidos comprender cuánto está invirtiendo efectivamente el Perú en la atención de la salud sexual y reproductiva.

g.4.b Aborto legal y aborto ilegal e inseguro

El Estado no nos proporcionó información sobre la asignación y ejecución presupuestaria total para el programa de atención de abortos legales en el sistema de salud. En el tema de las atenciones por complicaciones de aborto, las estadísticas desagregan los datos por departamento, edad de las mujeres, complicaciones obstétricas correspondiente a los años 2008, 2009 y 2010. Sin embargo, no incluyen el estado civil o de unión de las personas. En 2008 se atendieron 46,051 mujeres por alguna complicación por aborto en los servicios públicos a nivel todo el país, en el año 2009, 42,427 y en 2010, 44,263.

Se solicitó información de las denuncias, consignaciones y sentencias de casos de aborto presentados ante el Poder Judicial desglosada por año, lugar de residencia, edad, escolaridad y condición de unión de la mujer. De acuerdo con las cifras obtenidas, de 2009 a 2011, 649 expedientes fueron ingresados ante el Poder Judicial por el delito de aborto a nivel nacional. Entre estos mismos años, se emitieron 183 sentencias por los delitos de aborto consentido, aborto sin consentimiento, autoaborto y aborto preterintencional, entre los principales. La información remitida no indica si las sentencias son condenatorias o absolutorias. Tampoco se indica la edad de las mujeres, raza, etnia, condición económica u otras formas de desagregación. Esta respuesta tuvo más de un mes de retraso.

g.4.c Mortalidad y morbilidad materna

El MINSA no respondió a ninguna de las preguntas planteadas sobre mortalidad materna. Sólo nos remitió vía correo electrónico informes y documentos de uso ministerial. Por ejemplo, nos envió un informe en versión preliminar denominado “Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, Contenidos Mínimos, Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados”, así como una presentación en Power Point que contiene información estadística sobre la mortalidad materna. El informe señalado contiene información relacionadas con las principales causas de la mortalidad materna correspondientes a los años 1997 al 2003 y la presentación en Power Point contiene estadísticas actualizadas sobre muerte materna. La mortalidad materna es uno de los rubros en el que el Estado peruano viene invirtiendo, aunque no de manera suficiente. Esta inversión se realiza en el marco del Plan Estratégico

Multisectorial para la Reducción Materna 2009 - 2015¹⁸⁶, plan que se propone reducir la tasa de mortalidad materna a 66 por cada 100,000 nacidos vivos para el 2015. Sin embargo, la información proporcionada por el Estado no refleja esta mayor inversión.

En relación al presupuesto, el detalle de este punto ha sido desarrollado en el ítem correspondiente.

Según cifras actualizadas por el MINSA, entre el 2009 al 2012, hubo una disminución de la muerte materna en el Perú. Así, en el año 2009, se registraron 481 defunciones; en 2010, se registraron 457 defunciones; y en 2011, fueron 442 defunciones. Si bien se consignaron estadísticas relacionadas con los departamentos de procedencia de las muertes maternas, no se consignó información relativa a la etnia. Asimismo, se consignó el porcentaje de muertes maternas según grupos de edad durante el año 2011. El porcentaje más alto corresponde a las mujeres entre los 25 a 29 años de edad (23.6 %), seguido de las mujeres de entre 20 a 24 años (18.7%).

Respecto de las causas de muerte materna, se consignó información hasta la semana 17 del año 2012. Se informaron 88 casos de muerte materna directa (causas obstétricas) y 37 casos de muerte materna indirecta (causas no obstétricas debidas a otras patologías y suicidios) y, finalmente, 12 casos de muerte materna incidental (causas no relacionadas: homicidios, accidentes de tránsito). En total, 137 muertes maternas. Las ciudades con las cifras mayores de muerte materna son Lima con 23 casos, Cajamarca con 17 casos, Piura con 14 casos y Puno con 11 casos.

La información proporcionada por el MINSA es insuficiente, ya que PROMSEX ha informado en un Reporte Alternativo DESC que, en el 2009, el MINSA informó que *“las causas de la mortalidad (materna) en los últimos cinco años son las mismas que para el año 2007: hemorragias (40.5%), hipertensión arterial como consecuencia del embarazo (19%), aborto (6%) e infecciones (6%), la mayoría de las muertes ocurren durante el parto (preeclampsia) y después del nacimiento (letargo del útero). Asimismo el reporte señaló que ‘el MINSA informó que el 71% de las muertes maternas se derivan de causas directas y el*

¹⁸⁶ Plan aprobado mediante Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA.

29% de causas indirectas. Las causas indirectas de muerte materna se relacionan con la falta de acceso a servicios de aborto legal en el Perú”¹⁸⁷.

g.4.d Adolescentes

El MINSA también nos proporcionó información sobre servicios exclusivos para la atención integral en salud de las y los adolescentes en los establecimientos de salud. Así, informó que para el año 2009 existían: 303 ambientes exclusivos para la atención de este grupo, 1493 horarios diferenciados, 4 servicios especializados, 42 centros de desarrollo juvenil y 149 espacios de escucha a nivel nacional para una población de 5.821.587 adolescentes, información extraída de una diapositiva de Power Point. También reportó que durante el año 2006 existieron 213 servicios diferenciados para la atención integral del adolescente; para el 2008 fueron 654 de estos servicios; para el 2009 fueron 976 y para el 2011 fueron 1930 servicios información extraída de otra de las diapositivas de la presentación antes mencionada.

Cusco, Apurímac, Arequipa y Puno son los departamentos con más servicios. El MINSA también señaló que el 56% de la población adolescente cuenta con el programa de aseguramiento SIS (Seguro Integral de Salud) (1,948,751). Asimismo, el MINSA reportó que, a noviembre 2011, el 24% de la población adolescente y el 35% de jóvenes han sido atendidos en establecimientos de salud dependientes de ese ministerio. El MINSA también reportó que brinda atención diferenciada para la población indígena en dos departamentos del Perú: Loreto (Pucaurquillo) y Cusco (Molle Molle y Llaspay); servicios que cuentan con participación intersectorial del Ministerio de Educación, la OPS y el UNFPA.

En relación a los protocolos, normas, circulares o resoluciones implementadas para que las y los profesionales de la salud ofrezcan información sobre salud sexual y reproductiva a las personas adolescentes, el MINSA señaló los siguientes documentos: RM N° 508-2011/MINSA del 04 de Julio del 2011: ASIS Joven; RM N° 464-2011/MINSA del 14 de Junio del 2011: MAISBFC Paquetes para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes; Incorporación de la Finalidad Atención Integral de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en el Programa Estratégico Materno Neonatal; Atención de embarazadas

¹⁸⁷ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Informe Alternativo de las Organizaciones de la Sociedad Civil Al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la situación de la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú. Lima: PROMSEX, 2011. Pág 21. Disponible en <<http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/informeDESC2011corregido.pdf>>.

adolescentes derechohabientes ESSALUD. Asimismo, indicó que se está elaborando una Norma Técnica para la atención de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio y se está actualizando la Norma Técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente adecuado al proceso de descentralización y modernización de las estructuras públicas en salud. También se está revisando la Norma Técnica de salud que establece los criterios y estándares de acreditación de servicios diferenciados de salud para adolescentes y se han reformulado y actualizado los Lineamientos de Política de Salud de las/los Adolescentes para la atención integral de salud de la población adolescente.

En cuanto a la sensibilización y capacitación de los prestadores de salud, el MINSA reportó a) la capacitación de 10 profesionales en temas de desarrollo y salud integral de los y las adolescentes; b) la capacitación de coordinadores regionales dos veces al año; c) la capacitación y fortalecimiento de capacidades a 349 profesionales de salud de Lima, Callao, Andahuaylas, Cusco, Ucayali, Huánuco, Puno, Ancash, entre otros; d) el fortalecimiento de 67 profesionales en el Manejo de la Atención Integral de Salud del Adolescente en el II y III nivel de atención; e) la implementación del viernes académico, implementado con el envío virtual de tópicos selectos en relación a desarrollo y salud del adolescente al equipo central y coordinadores de todo el país así como la participación de profesionales de doce regiones en el VIII Congreso Internacional de Salud y desarrollo de Adolescente y Jóvenes y II Concurso de Experiencias Exitosas sin embargo no reportó la fecha de estos eventos.

Finalmente, el MINSA informó que se encuentra revisando el marco legal del Código Penal respecto a los delitos de violación de la libertad sexual en personas de 14 a 18 años de edad (artículos 170, 173, 173-A y 175) y la ley general de salud para el acceso de los y las adolescentes a servicios de salud incluyendo los servicios de SSyR.

g.4.e Anticoncepción

El MINSA no proporcionó información sobre el presupuesto empleado en materia de anticoncepción. Tampoco respondió la pregunta sobre el número de personas, desglosadas por sexo y edad, que utilizan métodos anticonceptivos, ni sobre las variables utilizadas para determinar la distribución de los métodos anticonceptivos por criterios socio-económicos, raciales o culturales. Tampoco brindó información sobre la evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información

asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos, incluidos la anticoncepción hormonal de emergencia.

El MINSA hizo referencia a que la Norma Técnica de Planificación Familiar RM N° 536-2005/MINSA vigente es el documento técnico que señala los métodos, prácticas anticonceptivas y criterios de acceso a ellas. También indicó que esta norma está siendo actualizada. Asimismo señaló que en los niveles regionales y locales se desarrollan y monitorean las acciones de planificación familiar de acuerdo con las normas establecidas.

En relación a los programas implementados para asegurar que las personas accedan a los métodos anticonceptivos, el Ministerio señaló que a través de la RM N° 465 – 99 SA/DM se aprobaron las Normas de Planificación Familiar que contenían los objetivos, principios, enfoques y prácticas del anterior Programa de Planificación Familiar. Por su parte, la RM N° 771-2004/MINSA aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es fortalecer la salud sexual y salud reproductiva de la población peruana.

Finalmente, se consideró conveniente actualizar el marco normativo aprobado por la citada R M N° 465-99-SA/DM, procediéndose a elaborar la Norma Técnica de planificación familiar, norma que fue aprobada a través de la RM N° 536 – 2005/MINSA.

Pese a la información proporcionada por el Estado, un estudio realizado por PROMSEX¹⁸⁸ señala que la Defensoría del Pueblo ha informado dos problemas críticos en relación a la provisión de métodos anticonceptivos: a) escasez constante de anticonceptivos modernos, incluyendo las píldoras, inyecciones y los anticonceptivos de emergencia y b) cobros indebidos e ilegales dado que los servicios de planificación familiar son gratuitos.

(h) MÉXICO

h.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

En México fueron promovidas 98 solicitudes de información relativas a los cuatro temas principales de este informe (aborto, mortalidad materna, anticonceptivos y salud reproductiva de adolescentes). Las solicitudes que fueron dirigidas a las dependencias gubernamentales del

¹⁸⁸ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Informe Alternativo de Organizaciones de la Sociedad Civil Al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú. Lima, Promsex, abril 2011, p 32. Disponible en <<http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/informeDESC2011corregido.pdf>>.

ámbito federal se promovieron mediante el sistema de INFOMEX: 25 fueron promovidas ante la Secretaría de Salud (SSA), 7 ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y 1 ante la Secretaría de Educación Pública (SEP). Asimismo, en virtud de que la regulación del aborto es materia local, se promovieron solicitudes relativas al número de denuncias, consignaciones y sentencias por el delito de aborto a la Procuraduría General de Justicia (PGJ) y al Poder Judicial (PJ) de cada uno de los 31 estados y del Distrito Federal.

En relación a las respuestas obtenidas, en el *ámbito federal*, el seguimiento y el acceso a las respuestas se realizó a través del sistema de INFOMEX. Todas las solicitudes fueron respondidas dentro de los plazos legales previstos en la legislación: la Secretaría de Salud contestó las solicitudes que le fueron dirigidas dentro del plazo inicial legal mientras que la SHCP y la SEP solicitaron una prórroga del plazo para emitir su respuesta. Asimismo, en apego al principio de máxima publicidad,¹⁸⁹ todas las solicitudes fueron contestadas de manera completa. En aquellas solicitudes en las cuales la autoridad no contaba en sus expedientes con la información tal y como le fue solicitada, nos proporcionó información que, a su juicio, podía resultar de nuestro interés o cuyo tema coincidía con la información solicitada. En todos estos casos, la autoridad adjuntó los oficios que resultaron del seguimiento dado a la solicitud ante diversas áreas de las dependencias para informar y mostrar al solicitante la exhaustividad con la cual fue atendida la solicitud. Además, con la finalidad de demostrar que la información procede de fuentes fidedignas, algunas de las respuestas de las solicitudes contienen una referencia expresa a sus documentos de origen (i.e. informes de carácter público, legislación, documentos de control interno o bases de datos del departamento de estadística de la dependencia). Sin embargo, también hubo respuestas como las relativas a la información presupuestal en materia de anticonceptivos en las que la autoridad omitió señalar su fuente de origen, lo que compromete la confiabilidad de la misma.

En contraste, en el *ámbito local* no todas las solicitudes de información fueron respondidas de manera oportuna. En algunos estados, el funcionamiento del sistema de

¹⁸⁹ Acerca del principio de máxima divulgación, la CIDH ha señalado que “El principio de máxima divulgación ordena diseñar un régimen jurídico en el cual la transparencia y el derecho de acceso a la información sean la regla general, sometida a estrictas y limitadas excepciones. De este principio se derivan las siguientes consecuencias: (a) el derecho de acceso a la información debe estar sometido a un régimen en limitado de excepciones, el cual debe ser interpretado de manera restrictiva, de forma tal que se favorezca el derecho de acceso a la información; (b) toda decisión negativa debe ser motivada y, en este sentido, corresponde al Estado la carga de probar que la información solicitada no puede ser revelada; y (c) ante una duda o un vacío legal, debe primar el derecho de acceso a la información”, CIDH, El derecho de acceso a la información pública en las Américas: estándares interamericanos y comparación de marcos legales, párrf. 15.

INFOMEX local o de los sistemas electrónicos de recepción de solicitudes tuvo fallas que produjeron la pérdida de solicitudes de información o la entrega de respuestas erróneas o incompletas. Asimismo, la mayor parte de la información proporcionada por las dependencias en el ámbito local fue incompleta: si bien se respondió a todas las solicitudes promovidas, las autoridades recurrieron a una diversidad de criterios para evitar proporcionar la información solicitada, actitud que evidencia la falta de claridad y de coordinación que existe en el ámbito local en la administración de la información pública¹⁹⁰.

También cabe destacar que, respecto de la información solicitada al PJ de los estados acerca de las mujeres sentenciadas por el delito de aborto, sólo 12 de 31 estados proporcionaron esta información, aunque de manera parcial. En el resto de los Estados, no hubo una debida motivación para negar tal información o simplemente la autoridad omitió hacer referencia a la misma. Además, la confiabilidad de la información proporcionada es cuestionable dada la falta de motivación y fundamentación así como de una referencia expresa a las fuentes de la información utilizadas por la mayoría de las autoridades judiciales locales en la emisión de sus respuestas. Aunado a lo anterior, dada la diversidad de procedimientos administrativos que han sido establecidos por los estados para que las personas accedan a la información pública y las fallas técnicas que sufren los sistemas de información pública¹⁹¹, existen graves deficiencias para que los solicitantes den seguimiento a las solicitudes promovidas ante las autoridades locales y accedan a los documentos en los que se basan las respuestas.

De lo anterior se concluye que las autoridades federales y locales realizaron una interpretación distinta del alcance de su obligación para proporcionar información pública siendo el ámbito federal donde se aprecia el mayor cumplimiento. Además, la diversidad de

¹⁹⁰ Por ejemplo, en el estado de Baja California, la PGJ se declaró incompetente para proporcionar la información relativa al número de denuncias, detenciones y procesos iniciados por el delito de aborto y en Veracruz, la PGJ sólo se declaró competente para proporcionar la información de las mujeres denunciadas por la comisión de este delito. En el mismo sentido, en el Distrito Federal, el PJ condicionó proporcionar la información relativa al número de sentencias por el delito de aborto a la realización de un pago previo; en Nuevo León, el PJ negó proporcionar la información relativa a las mujeres sentenciadas por el delito de aborto con fundamento en la protección de los datos personales mientras que la PGJ sí proporcionó dicha información; en Yucatán la PGJ señaló no contar con estadísticas relativas al número de mujeres denunciadas, detenidas y procesadas por el delito de aborto por lo que únicamente indicó el número de mujeres denunciadas por este delito.

¹⁹¹ Tales como la pérdida de las solicitudes registradas en los sitios electrónicos propios creados por las dependencias o problemas para ingresar a los mismos con el número de cuenta y contraseña previamente asignados; errores de imagen o documentos faltantes en los archivos electrónicos proporcionados por las dependencias como respuesta a las solicitudes de información o problemas para entablar comunicación telefónica con las Unidades de Enlace de las dependencias.

criterios para otorgar la información refleja la discrecionalidad de las autoridades para garantizar el acceso a la información a las personas, de manera oportuna, completa, y fidedigna.

Si bien el sistema de INFOMEX en el ámbito federal es eficiente y las respuestas se otorgan de conformidad con los plazos establecidos por la legislación, la falta de implementación de este sistema en el ámbito local (que en su mayoría no incluye a órganos del poder judicial) encierra un obstáculo para acceder a la información pública. Así, para promover las solicitudes es necesario investigar vías alternas de acceso a la información, lo que genera altos costos de inversión de tiempo y recursos financieros¹⁹². En consecuencia, en el ámbito federal, la información relativa a las estadísticas en materia de salud, las copias de los Programas de la Secretaría de Salud y las cifras presupuestales resultaron accesibles y oportunas en virtud de la pronta respuesta y contenido de las respuestas obtenidas por parte de las autoridades competentes. Por otra parte, en el ámbito local, existen barreras que dificultan el acceso a la información relativa al número de denuncias, consignaciones y sentencias sobre el delito de aborto y las mujeres consignadas por esta causa debido a la falta de sistematización de esta información por parte de las Procuradurías Generales de Justicia (PGJ) locales, a la interpretación indebida de las autoridades locales de sus obligaciones en materia de acceso a la información pública y a las deficiencias en los procedimientos locales de solicitud de información pública. De esta manera, en el ámbito local, el Estado no ha establecido un sistema general que, tomando en cuenta el federalismo, garantice a todas las personas – a nivel federal y estatal – el ejercicio de su derecho de acceso a la información pública por lo que el Estado actualmente incumple su obligación de responder de manera oportuna, completa, accesible y fidedigna a las solicitudes de información que le son formuladas.

h.2 Producción de información de manera oficiosa

Una de las obligaciones positivas de los Estados en materia de acceso a la información pública es la de producir o capturar información que necesita para el cumplimiento de sus

¹⁹² Por ejemplo, en virtud de que el sistema de INFOMEX sólo permite presentar solicitudes de información a la PGJ y órganos judiciales locales en 17 estados, fue necesario dar seguimiento al resto de las solicitudes vía telefónica, de manera personal o por correo, lo cual implicó un alto costo de búsqueda de un mecanismo de promoción de la solicitud alternativo a su presentación por escrito físico ante la Unidad de Enlace.

deberes.¹⁹³ En este sentido, en el ámbito federal, la Secretaría de Salud Federal cuenta con una base de datos estadísticos de administración interna que está conformada por la información recopilada por el Centro de Documentación Institucional y por la Dirección General de Información en Salud pertenecientes a la Secretaría y que registra la información relativa a los ingresos y egresos del hospital según las causas de salud de las personas. El acceso a esta información es de carácter público y se puede consultar en internet en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). La información es recopilada anualmente y su publicación se realiza en el segundo semestre del año siguiente al que fue recopilada. De esta manera, podemos concluir que su sistematización es oportuna: las autoridades tienen acceso a información actualizada anualmente para el diseño de políticas públicas en materia de salud. A su vez, el Estado también cuenta con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). La encuesta es realizada por el Consejo Nacional de Población para recopilar estadísticas anuales de diversos temas entre los que se encuentra la demanda de métodos anticonceptivos en el sistema de salud.

Por el contrario, en el ámbito local se observa que el Estado no produce información estadística de manera oficiosa sobre las investigaciones penales del delito de aborto, a cargo de las PGJ locales. Tampoco cuenta con bases de datos sobre las sentencias penales emitidas por el PJ local desagregadas según el delito que de origen al proceso ni sobre las personas que son sujetas a estos procesos, como se aprecia de las respuestas incompletas proporcionadas por los estados.

h.3 Obligación de producir estadísticas confiables

Como se señaló anteriormente, en el ámbito federal, la Secretaría de Salud cuenta con áreas especializadas de producción de estadísticas propias. En consecuencia, podemos concluir que existe un sistema confiable de producción de información estadística en materia de salud, información que, a su vez, es de carácter público. Sin embargo, de las respuestas recibidas, se observa que el Estado mexicano no produce información estadística suficiente relativa a sectores de la población en condiciones de mayor riesgo en el país como los son las mujeres y los indígenas¹⁹⁴. Así, la Secretaría de Salud Federal señaló no contar con los datos relativos a

¹⁹³ CIDH, Informe Anual 2008, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, párr. 162, en CIDH, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 61, 22 noviembre 2011, párr.107.

¹⁹⁴ Por ejemplo, la Secretaría de Salud señaló que su sistema de estadística no considera el registro de los datos referentes a la etnia, nivel de escolaridad, condición civil o de unión de las mujeres egresadas por causa de

la etnia, nivel de escolaridad, condición civil o de unión de las mujeres que son atendidas por aborto ni la etnia de las mujeres que mueren por causas maternas debido a que los mismos no forman parte de las bases de datos que genera de manera regular la dependencia. En este sentido, la CIDH ha señalado que la obligación de los Estados de producir o capturar información que necesita para el cumplimiento de sus deberes¹⁹⁵, incluye el deber de generar estadísticas desagregadas por grupos vulnerables no sólo como un mecanismo para garantizar la efectividad de las políticas públicas, sino como “*una obligación indispensable para que el Estado pueda cumplir con su deber de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria. A modo de ejemplo, la desagregación de los datos por sexo, raza o etnia constituye una herramienta imprescindible para iluminar problemas de desigualdad*”.¹⁹⁶

h.4 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

h.4.a Capacitación

La Secretaría de Educación Pública Federal emitió un listado acerca de los programas educativos en materia de salud sexual y reproductiva desarrollados por esa dependencia entre enero de 2009 y diciembre de 2011. Los programas abarcan desde materiales audiovisuales, la conformación del contenido del plan de estudios de educación básica en la materia en el país, capacitación a profesores de educación básica en la materia, programas de becas de apoyo para madres jóvenes y jóvenes embarazadas en educación básica, programas dirigidos a educación indígena en la materia, así como programas de radio en la materia.

Asimismo, la Secretaría señaló la creación de una Mesa de Trabajo de Educación Sexual integrada en coordinación con la Secretaría de Salud, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales. Para 2015, la mesa se propone alcanzar las metas establecidas en el Declaración Ministerial: “[r]educir en un 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad” y “[r]educir en 50% la brecha en adolescentes jóvenes que carecen actualmente de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva”.

aborto en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud; el registro del estado civil de las mujeres egresadas de los servicios hospitalarios por complicaciones durante el embarazo así como la etnia de las mujeres fallecidas por causas maternas.

¹⁹⁵ CIDH, El derecho de acceso a la información pública en las Américas: estándares interamericanos y comparación de marcos legales, pág. 101.

¹⁹⁶ CIDH. Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 19 de julio de 2008, párr. 58.

De igual forma, la Secretaría de Salud emitió un listado de los cursos de capacitación que se han impartido entre enero de 2009 y diciembre de 2011, cursos que estuvieron dirigidos a los servidores públicos en materia de consejería en materia sexual y reproductiva. En términos más precisos, señaló que en ese periodo se han realizado tres tipos de capacitaciones. El último fue realizado en agosto de 2011 y se orientó a la formación de capacitadores en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Ese mismo mes se realizaron 30 cursos básicos para la formación de consejeros y consejeras en anticoncepción posevento obstétrico y 15 talleres para el manejo de la herramienta y toma de decisiones de planificación familiar. Sin embargo, estos cursos son impartidos de manera regional y en la minoría de los estados en México.

Por otra parte, la Secretaría de Salud señaló que en el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2011 sólo se ha llevado a cabo un curso en línea dirigido a los servidores públicos de la dependencia en materia de acceso a la información con una duración de 10 horas. Esto indica de la falta de continuidad capacitación que existe en los servidores públicos en esta materia.

h.4.b Presupuesto

El presupuesto anual destinado al sector salud ha aumentado en casi 20 mil millones de pesos en el 2011 respecto de 2009. La Secretaría de salud informó que los programas a través de los cuales realiza acciones de salud sexual y reproductiva son el Programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes de 2007-2012 y el Programa de planificación familiar y anticoncepción 2007-2012. Como se aprecia, no existe un Programa de Salud Sexual y Reproductiva específico. Asimismo, la Secretaría señaló que destina presupuesto o insumos a los Servicios Estatales de Salud para la ejecución de estos programas a través del rubro 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación, en el que se funda el presupuesto de la Secretaría.

También proporcionó las cifras del presupuesto destinado para ambos Programas en los rubros de promoción, recursos humanos, capacitación, infraestructura, divulgación de información, equipo médico e insumos médicos de los años 2009, 2010 y 2011, los cuales han aumentado. Sin embargo, también se ha retirado el presupuesto de algunos de estos rubros de manera periódica o en algunos casos se ha sustituido el destino de presupuestos económicos por otro en especie.

h.4.c Aborto legal y aborto ilegal e inseguro

Respecto del aborto legal, la Secretaría de Salud señaló que no ha transferido recursos financieros para la atención de abortos legales en los años 2009, 2010 y 2011, puesto que los responsables del gasto para la atención del aborto son los servicios estatales de salud. Asimismo, proporcionó la información relativa al número de egresos hospitalarios por causa de aborto en 2009 y 2010. Los egresos aumentaron de 1562 casos en 2009 a 8386 en 2010, presentándose la mayoría de los casos en mujeres mayores de 20 años. También, la Secretaría de Salud proporcionó la información relativa al número egresos hospitalarios desagregado por edad, por causa, entre las que se incluyen las causas por complicaciones en los embarazos, cifras que abarcan casos de niñas desde los 10 años de edad. En este sentido, también aclara que los datos registrados se refieren únicamente a los abortos entendidos como “productos menores de 500 gramos de peso o hasta 22 semanas de gestación” y no así a partir de la causa legal que lo autoriza. Por otra parte, la Secretaría de Salud señaló que no cuenta con un Programa específico para la atención de abortos legales. Sin embargo, refirió al programa de acción denominado arranque parejo de vida en el que se pueden consultar aspectos epidemiológicos y estadísticos del aborto.

Acerca de los abortos ilegales o inseguros, la Secretaría de Salud señaló no contar con la información relativa al número de abortos ilegales o inseguros practicados en México. Por último, se solicitó información de las denuncias, consignaciones y sentencias desglosada por año, lugar de residencia, edad, escolaridad y condición de unión de la mujer. De acuerdo con las cifras obtenidas, de 2009 a 2011, 679 mujeres fueron denunciadas por el delito de aborto tan sólo en 24 estados en México. De estas denuncias, sólo en 86 casos el Poder Judicial emitió una sentencia, ya sea condenatoria o absolutoria. De la información obtenida acerca de las mujeres sentenciadas por el delito de aborto la mayoría se encuentran en un rango de edad de entre 18 y 25 años.

h.4.d Mortalidad y morbilidad materna

La Secretaría de Salud proporcionó las cifras del presupuesto destinado a las Entidades Estatales para 2010 y 2011 para tomar acciones en materia de mortalidad y morbilidad materna. Estas cifras muestran que el presupuesto registró un aumento de aproximadamente 14.5 millones de pesos en el 2011 respecto de 2010. Asimismo, en 2011 se registró un

aumento considerable de la inversión en el rubro de recursos humanos respecto del presupuesto 2010.

Por otra parte, la Secretaría informó que no cuenta con un Programa específico de mortalidad y morbilidad materna y refirió al Programa de Acción Específico de Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 que incluye como meta la reducción de la mortalidad materna y perinatal durante el periodo mencionado.

La Secretaría de salud proporcionó las cifras relativas a las defunciones maternas, nacidos vivos estimados y razón de mortalidad materna por año de registro, entidad de residencia habitual y estado civil de la mujer de 2009 y 2010. Sin embargo, señaló que la información relativa a la etnia de las mujeres no es registrada por la Secretaría por lo que no cuenta con dicha información. Las cifras muestran que los casos de mortalidad materna han aumentado anualmente de 2002 a 2009 y sólo en el 2010 se mostró una disminución de las cifras.

Respecto de las causas de mortalidad materna, en 2009 y 2010, la principal causa de muerte materna fueron las causas obstétricas indirectas y, en segundo lugar, la hipertensión durante el embarazo. Asimismo, estas causas muestran una disminución de 10.7 por ciento en la razón de mortalidad materna de 100 mil nacidos vivos estimados. Por otra parte, los lugares de residencia habitual de la mayoría de las mujeres que murieron por causas maternas son el Estado de México y Veracruz en el 2009 y 2010 y la mayoría de las mujeres que murieron en esos años por causas maternas estaban casadas.

h.4.e Adolescentes

La Secretaría de Salud informó que las acciones emprendidas en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes están previstas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes 2007-2012. Por lo tanto, el presupuesto que la Secretaría de Salud destina a los servicios estatales de salud para la ejecución de dicho Programa están previstos en el Rubro 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación. De acuerdo con las cifras proporcionadas por la Secretaría, el presupuesto destinado a este rubro aumentó de 11.999.880,08 pesos en 2009 a 19.630.723,46 pesos en 2011. Asimismo, estas cifras reflejan una disminución considerable en la parte de este presupuesto que se destina a divulgación de información, monto que en el 2009 era de 17.999.819,90 pesos y en 2011 fue de 4.406.589,00. Asimismo, es necesario señalar que sólo en 2011 se destinó presupuesto a la adquisición

de equipo médico, mientras que en ninguno de los tres años se ha destinado presupuesto a los rubros de recursos humanos e infraestructura.

También, la Secretaría de Salud proporcionó las cifras de las usuarias activas de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes menores de 20 años. Estas cifras reportan un aumento de 3 por ciento en promedio anual en la cobertura. Por otra parte, en el listado realizado de protocolos normas, circulares o resoluciones implementadas en la Secretaría de Salud para que las y los prestadores de servicios de salud proporcionen información a los adolescentes en salud sexual y reproductiva, la Secretaría de Salud incluyó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes 2007-2012, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Población y la NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. Sólo uno de estos documentos está especializado en adolescentes, por lo que es posible concluir que hay una grave carencia de producción regulativa en la materia.

h.4.f Anticoncepción

En materia de anticoncepción, la Secretaría de Salud proporcionó el monto del presupuesto destinado a la compra de anticonceptivos en los años 2009, 2010 y 2011. Para ello señaló que este presupuesto se destina a partir del rubro 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación. En el 2009, el presupuesto de 209.600.000 pesos se destinó de manera directa a los sistemas de salud locales para que éstos realizaran la compra directa de insumos. En 2010 y 2011, por el contrario, fue la Secretaría de salud quien realizó la compra directa de los insumos. Asimismo, las cifras muestran un aumento superior al 300% en el presupuesto destinado en el 2011 a este rubro respecto del 2009.

Asimismo, la Secretaría de Salud señaló que no cuenta con un Programa específico de promoción de métodos anticonceptivos. En consecuencia, remitió al Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, documento normativo que incluye las acciones públicas relativas a esta materia para los años 2007-2012.

Por otra parte, la Secretaría de Salud proporcionó las cifras del número de personas que usaron métodos anticonceptivos en el período 2009-2011, desagregadas por sexo y lugar de residencia. Entre 2009 y 2011, el número de usuarios de métodos anticonceptivos aumentó en un 6%. En el caso de los hombres, el aumento fue del 8%. También proporcionó la información relativa al número de personas de población indígena que acuden a consultas y

atenciones de planificación familiar según entidad federativa. Esta cifra aumentó en un 94% entre 2009 y 2010.

Respecto de los métodos y prácticas anticonceptivas que se utilizan, la Secretaría de Salud señaló el documento normativo NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar, documento que incluye las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar como la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos. También mencionó el Programa de de Planificación Familiar y Anticoncepción, que faculta a las entidades para elaborar su propio Programa de trabajo en la materia.

Finalmente, la Secretaría de Salud proporcionó la copia del instrumento que se aplica al personal de salud prestador de servicios de Planificación Familiar para evaluar el nivel de cumplimiento de ofrecer información, asesoramiento y consejería para que la usuaria o usuario elija libremente el método de anticonceptivo que desee, respetando sus derechos sexuales y reproductivos denominada “Herramienta para la toma de decisiones en planificación familiar, guía de evaluación”.

(i) ARGENTINA

i.1 Consultas promovidas y respuestas obtenidas - evaluación del proceso de acceso a la información

El 16 de marzo de 2012, la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) realizó un pedido de información pública al Ministerio de Salud de la Nación, al Ministerio de Educación de la Nación, al Ministerio de Justicia de la Nación y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con el objetivo de obtener información relevante sobre los diferentes interrogantes planteados en el “Cuestionario Regional sobre Acceso a Salud Reproductiva”.

Sólo el Ministerio de Salud de la Nación contestó nuestro pedido de información realizado por la ADC. Sin embargo, lo hizo de manera parcial. En concreto, el Ministerio no nos proporcionó información sobre los siguientes puntos:

Presupuesto

- ¿Hay partidas generales del presupuesto general de la administración pública nacional que destinan **una parte** al programa de servicios en salud sexual y reproductiva?

Aborto legal

- ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa de atención de abortos legales en el sistema de salud durante los años 2009, 2010 y, 2011? Favor entregar la información desagregada por
 - recursos humanos,
 - infraestructura,
 - divulgación,
 - capacitación,
 - equipo e insumos médicos
- ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se releva información en base a esos indicadores?
- Número de abortos legales practicados durante los últimos 3 años a mujeres desagregados por causal de aborto, edad, lugar de residencia, etnia, escolaridad y condición civil o de unión y tipo de método médico empleado. ¿Cada cuanto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?
- Número de abortos ilegales o inseguros y tasa de aborto ilegal o inseguro desglosados por año y por región. ¿Cada cuanto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?
- Número de mujeres y tasa de hospitalización relacionada con las complicaciones por aborto desglosada por causa de morbilidad, año, edad, estado civil o de unión y lugar de residencia. ¿Cada cuánto tiempo se recoge información para realizar estas estadísticas?

Mortalidad y Morbilidad Materna

- ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa de atención de abortos legales en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011 desagregado por
 - recursos humanos,
 - infraestructura,
 - divulgación,
 - capacitación,
 - equipo e insumos médicos
- ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se releva información en base a esos indicadores?
- Nombre y descripción de la legislación y las políticas públicas destinados a reducir la mortalidad materna en mujeres, incluyendo las mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes, así como el documento que contenga los resultados obtenidos de la implementación de tales legislación y políticas públicas.

Adolescentes

- ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa(s) de adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011 desagregado por

- recursos humanos,
- infraestructura,
- divulgación,
- capacitación,
- equipo e insumos médicos
- ¿Con que datos cuenta el Programa(s) sobre su desempeño? ¿Qué indicadores se utilizan con este fin? ¿Con que frecuencia y periodicidad se releva información en base a esos indicadores?
- Número y descripción de los programas de salud ofrecidos por el Ministerio de Salud en materia sexual y reproductiva exclusivos o extensivos a adolescentes en los últimos tres años. Incluya aquellos que se ofrecen en lenguas distintas al español. Así como copias de los documentos de los programas y del que contenga los resultados obtenidos de la implementación de tales programas.
- Nombre y descripción de los programas de educación sexual para adolescentes. Así como indicadores sobre los resultados de dichos programas.

Anticoncepción

- Número de personas, desglosadas por sexo y edad, que utilizan métodos anticonceptivos. Dar estadísticas de los últimos tres años. Variables utilizadas para determinar la distribución de los métodos anticonceptivos por ejemplo criterios socio-económicos, raciales o culturales. Fuente de obtención de dichas variables.
- Copia del documento que contenga la evaluación de los niveles de cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de su deber de ofrecer información asesoramiento y prescripción de los distintos métodos anticonceptivos, incluidos la anticoncepción hormonal de emergencia.

Salvo excepciones puntuales, la información que nos proporcionó el Ministerio está contenida en tres documentos:

- a) Informe Anual de Gestión 2009- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, elaborado por la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud
- b) Informe Anual de Gestión 2010- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, elaborado por la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud
- c) Informe Anual de Gestión 2011- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, elaborado por la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud

Muchos de los datos contenidos en estos documentos estaban expresados en términos técnicos y contenidos en tablas. En consecuencia, nos vimos obligados a recurrir a información disponible en otras fuentes para poder interpretarlos. Asimismo, a la hora de proporcionarnos información sobre morbilidad y mortalidad materna, el Ministerio se limitó a remitirnos a la información disponible en línea, pese a que esa información es incompleta y no está actualizada a 2011.

i.2 Información recibida por tema: breve síntesis de las respuestas recibidas

i.2.a Capacitación

De acuerdo con la información disponible en línea¹⁹⁷, durante 2009, “la capacitación se orientó a equipos de salud (enfermeras/os, médicos/as y ginecólogos/as) de los municipios de la provincia de Buenos Aires, NOA y NEA. Se centró en la actualización de tecnologías anticonceptivas, del marco legal y normativo. En paralelo, se desarrolló un programa de formación de promotores de salud sexual y reproductiva dirigido a integrantes y referentes de movimientos sociales y equipos territoriales de salud en la provincia de Buenos Aires.

A partir de 2010, la capacitación de los profesionales de la salud y demás actores intervinientes en las políticas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) se convirtió en una de las principales estrategias del PNSSyPR. Las actividades de capacitación tuvieron tres objetivos: fortalecer a los programas provinciales; mejorar la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva y promover los derechos sexuales y reproductivos en espacios comunitarios.

Durante 2010, se realizaron 87 acciones de capacitación y promoción, de las que participaron 3.010 profesionales de la salud, consultoras/es de la línea 0800, promotoras/es de salud comunitaria y referentes provinciales y locales de los programas de salud sexual y reproductiva. En 2011, se realizaron 33 acciones de capacitación, de las que participaron 1.965 profesionales de la salud, consultoras/es de la línea 0800, promotoras/es de salud comunitaria y referentes provinciales y locales de los programas de salud sexual y reproductiva.

i.2.b Presupuesto

El Ministerio de Salud de la Nación nos proporcionó información sobre el Presupuesto Anual asignado a ese Ministerio durante los años 2009, 2010 y 2011. En 2009, el Ministerio tuvo un presupuesto de \$4.068.423.993,00 y se devengaron \$3.874.608.712,19. En 2010, el presupuesto fue de \$4.886.378.403,00 y se devengaron \$4.661.436.354,13. Por último, en 2011, el presupuesto del Ministerio fue de \$6.621.367.295,00 y se devengaron \$6.253.006.822.

¹⁹⁷ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance 2003-2011”. Septiembre 2011.

La información proporcionada incluye un listado de créditos y gastos, desagregados en función de la fuente de financiamiento (Fuente 11: Tesoro Nacional; Fuente 13: Recursos con afectación específica; Fuente 14: Transferencias internas; Fuente 21: Transferencias externas y Fuente 22: Crédito externo) y el “objeto” del gasto (Gastos en personal; Bienes de consumo; Servicios no personales; Bienes de uso y Transferencias). Tal como se desprende de esta descripción, a la hora de brindar información, el Ministerio emplea términos “técnicos” que el lector no puede comprender si carece de una capacitación mínima en contabilidad.

En su pedido de información, la ADC solicitó información sobre el “Presupuesto del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable desde la fecha de su creación” (período 2003-2011). Sin embargo, el Ministerio sólo nos proporcionó información correspondiente al período 2007-2011 a través de las siguientes tablas:

AÑO	F11¹⁹⁸	F22	TOTAL
2007	234.634	-	234.634
2008	8.477.000	11.985.952	20.462.952
2009	14.202.253	23.711.661	37.943.914
2010	10.757.896	52.556.112	63.314.008
2011	3.719.919	10.487.165	14.207.084

En cuanto a la fuente de ingresos y al presupuesto específico destinado a recursos humanos, infraestructura, divulgación y equipo e insumos médicos, el Ministerio nos proporcionó la siguiente tabla.

RUBRO	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
GASTOS EN PERSONAL	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
BIENES DE CONSUMO	\$34.227.544	\$42.659.486	\$9.325.192
SERVICIOS NO PERSONALES	\$3.716.370	\$20.580.995	\$4.621.114
BIENES DE USO		\$4	\$94.613
TRANSFERENCIAS		\$73.523	\$166.165

¹⁹⁸ F11 y F22 son las fuentes de financiamiento del programa. La fuente 11 es el Tesoro Nacional y la fuente 22 corresponde al “Crédito Externo”.

Como vemos, la tabla no provee información relevante sobre presupuesto específico destinado a recursos humanos, infraestructura, divulgación y equipo e insumos médicos.

En relación a los programas de salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud de la Nación promueve la salud sexual y reproductiva de la población a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El programa fue creado por la ley 25.673/2003 y tiene los siguientes objetivos:

- “a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”¹⁹⁹.

De acuerdo con la información que nos proporcionó el Ministerio, en 2010 se inició “una etapa de consolidación” del PNSSyPR, con seis objetivos centrales:

- a) Promover el desarrollo comunitario y la participación social en el cumplimiento de los DSyR.
- b) Formar a los equipos de salud de servicios de hospitales y centros de atención primaria con perspectiva de género y específica en salud sexual y reproductiva.
- c) Fortalecer el sistema de aseguramiento de insumos de manera que garantice la cobertura a la población beneficiaria, a través de la planificación y seguimiento de entrega y la actualización de la canasta de métodos anticonceptivos.
- d) Realizar acciones de difusión y comunicación que apunten a mejorar el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva.
- e) Implementar acciones de seguimiento y asistencia legal a nivel nacional, provincial y local.
- f) Consolidar un Sistema de Información y Monitoreo del PNSSyPR.

¹⁹⁹ Artículo 2, ley 25.673/2003

En este contexto, con el objetivo fundamental de promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social y contribuir a mejorar el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva, el programa estableció tres ejes estratégicos de intervención: a) fortalecer a los programas de SSyR a nivel nacional y provincial, con el fin de mejorar la cobertura y calidad de la atención de la SSyR²⁰⁰; b) garantizar el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva a través de la distribución de insumos, difusión y campañas de comunicación e información y c) promover los derechos sexuales y reproductivos de todas y todos en el territorio nacional.

i.2.c Adolescentes

El Ministerio no nos proporcionó información en forma *clara y directa* en relación al programa de adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva, sino que se limitó a proporcionarnos tablas que describen el crédito vigente, el crédito devengado y el crédito disponible del **Subprograma 01**, dependiente del **Programa 17**. Dada la información proporcionada, podemos determinar que el presupuesto anual²⁰¹ del subprograma 01, en los años 2009, 2010, y 2011 fue de \$1.930.000, \$1.308.000 y \$3.077.500 respectivamente. Ahora bien, de acuerdo con información disponible en línea²⁰², el Subprograma 01, dependiente del Programa 17 no es un “programa de adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud”. Por el contrario, es un programa destinado, entre otros fines, a reducir la mortalidad materna en mujeres.

En una segunda respuesta a nuestro pedido de información, el Ministerio nos proporcionó la siguiente tabla referida al presupuesto del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. De acuerdo con lo informado por el ministerio, este programa depende de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Por lo tanto, el presupuesto

²⁰⁰ El Fortalecimiento de los programas de SSyR a nivel nacional y provincial se cristalizó en las siguientes acciones:

- Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil de las mujeres y adolescentes
- Articulación con otros programas de salud
- Articulación con otros actores gubernamentales
- Articulación con organismos internacionales
- Plan de capacitaciones a efectores de todo el país
- Articulación con la sociedad civil en la formación de profesionales de la salud en SSR
- Revisión y actualización de guías y protocolos de atención

²⁰¹ Denominado “crédito vigente” en la información proporcionada por el Ministerio

²⁰² Ver <<http://www.mecon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2004/tomoi/notes.htm>>.

Nacional de Salud Integral en la Adolescencia está incluido en el presupuesto de esa dirección²⁰³.

	2009		2010		2011	
	ASIGNADO	EJECUTADO	ASIGNADO	EJECUTADO	ASIGNADO	EJECUTADO
PRESUPUESTO TOTAL	Sin datos	\$779.306	Sin datos	\$1.084.661	Sin datos	\$2.614.184

Las siguientes tablas sistematizan la información que nos proporcionó el Ministerio sobre el número, distribución porcentual y tasa de muertes maternas desagregada por causa, edad, lugar de residencia, etnia y condición civil o de unión en los últimos 3 años.

DEFUNCIONES MATERNAS DE ADOLESCENTES – TOTAL PAÍS - 2009			
	TOTAL DE DEFUNCIONES MATERNAS DE ADOLESCENTES	NACIDOS VIVOS DE ADOLESCENTES	TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE ADOLESCENTES
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	8	116.824	3%
CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS	15		
CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS	12		
TODAS LAS CAUSAS	35		

²⁰³ El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia PNSIA aborda la salud como un derecho humano y social. Enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del Niño de rango constitucional, así como la ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su salud integral (Art. 14), la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la ley 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Desde este marco promueve y difunde el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad. Información disponible en <<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>>.

DEFUNCIONES MATERNAS DE ADOLESCENTES – TOTAL PAÍS- 2010			
	TOTAL DE DEFUNCIONES MATERNAS DE ADOLESCENTES	NACIDOS VIVOS DE ADOLESCENTES	TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE ADOLESCENTES
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	3	117.591	3.7%
CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS	27		
CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS	13		
TODAS LAS CAUSAS	43		

i.2.d Mortalidad y morbilidad materna

Hasta el momento, el Ministerio de Salud no nos ha proporcionado información sobre cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para el Programa de atención de abortos legales en el sistema de salud durante los años 2009, 2010, y 2011.

En relación con el número, distribución porcentual y tasa de muertes maternas desagregada por causa, edad, lugar de residencia, etnia y condición civil o de unión en los últimos 3 años, el Ministerio nos remitió a la página web <<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>>. Sin embargo, esta página sólo contiene información estadística correspondiente al año 2010. Asimismo, relevamos la información disponible en línea sobre estos puntos. La Dirección de Estadísticas e Información de Salud, organismo dependiente de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, es el organismo encargado de “producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre Hechos Vitales (Nupcialidad, Natalidad y Mortalidad), Morbilidad y Rendimientos Hospitalarios, y disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud”²⁰⁴. Sin embargo, la información disponible en la página web de este organismo está actualizada a 2010. En consecuencia, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud no

²⁰⁴ Según información disponible en <<http://www.deis.gov.ar/institucional.htm>>.

difunde información estadística relevante correspondiente al año 2011. Por último, el Ministerio nos informó que no relva información sobre mortalidad materna.

En relación con la morbilidad materna, el Ministerio nos informó que la información solicitada podía extraerse de la página web <<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie11Nro7.pdf>>. Sin embargo, esta página sólo contiene información referida al año 2009. Asimismo, el Ministerio indicó que releva esta información en forma anual y que no hay información disponible desagregada por etnia y condición civil de la mujer.

i.2.e Anticoncepción

En relación a la asignación y ejecución presupuestaria total para la compra de métodos anticonceptivos y la cantidad total de anticonceptivos adquiridos, la información proporcionada por el Ministerio no indica la asignación presupuestaria para la compra de métodos anticonceptivos en 2009, pero sí la cantidad y el monto de los MAC adquiridos por la provincias, con fondos propios. En total, 14 provincias adquirieron 1.231.803 MAC, lo que representó una inversión de \$3.927.130,68.

En el mismo sentido, el Ministerio no nos informó sobre la asignación presupuestaria para la compra de métodos anticonceptivos en 2010, pero sí nos brindó datos sobre la cantidad y el monto de los MAC adquiridos en 2010 para ser distribuidos durante 2010 y 2011.

Insumo	ADQUIRIDO EN 2010		
	Cantidad	Población cubierta	Monto
ACI	10.930.220	840.786	24.614.307
ACO	23.317.734	1.793.672	13.107.678
ACOLAC	3.771.471	538.782	3.901.782
AHE	759.850	No hay datos	667.191
Preservativos	51.999.984	No hay datos	6.378.357
DIU	56.454	56.454	499.988
Total	90.835.713	3.229.674	49.169.303

AÑO	CRÉDITO INICIAL	CRÉDITO VIGENTE	DEVENGADO	APROVECHAMIENTO	INVERSIÓN EN MAC	INVERSIÓN EN MAC PORCENTAJE CON RELACIÓN AL CRÉDITO DEVENGADO
2010	32.229.687	63.314.008	58.097.883	92%	49.169.303	84.6%

Por último, la información proporcionada por el Ministerio no indica la asignación presupuestaria para la compra de métodos anticonceptivos en 2011, pero sí la cantidad y el monto de los MAC adquiridos por la provincias, con fondos propios. Durante 2011, 18 jurisdicciones adquirieron 4.876.836 métodos anticonceptivos, por un total de \$5.077.872. Las compras fueron financiadas con recursos de las provincias. La información proporcionada por el Ministerio no detalla qué provincias realizaron estas compras, ni la cantidad de tratamientos adquiridos, desagregada por tipo y costo.

En cuanto a los programas implementados para asegurar el acceso de la población a métodos anticonceptivos, “desde 2003, el Programa distribuye sus insumos anticonceptivos a través de los programas provinciales”. Las siguientes tablas describen la cantidad de insumos entregados en 2009, 2010 y 2011 y su costo, desagregado por tipo de insumo.

Tipo de Insumo	Cantidad entregada	Costo (en pesos argentinos)
Anticoncepción inyectable	138.100	795.425
Anticoncepción oral	3.588.785	2.909.001
Anticoncepción oral de lactancia	629.639	572.159
Anticoncepción Hormonal de Emergencia	189.670	147.433
Condomes	4.595.184	988.509
DIU	181.482	281.126
Kit – violencia sexual	3.840	46.042
TOTAL	9.326.700	5.739.695

Insumo	A ENTREGAR EN 2010		ENTREGADO AL 30/12/2010			
	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto	% de MAC entregado	Población cubierta
ACI	3.216.240	13.636.857	3.516.446	9.142.815	109.3	270.495
ACO	9.120.000	8.390.400	10.497.090	5.744.262	115.1	807.468
ACOLAC	1.888.800	2.285.448	1.903.475	1.961.205	100.8	271.925
AHE	218.250	233.527	323.714	1.323.512	148.3	No hay datos
Preservativos	17.923.680	3.405.499	23.040.896	2.091.530	128.6	No hay datos
DIU	No hay datos	No hay datos	83.654	751.217	No hay datos	83654
Total	32.366.970	27.951.732	39.365.275	21.014.531	121.6	1.433.543

Insumo	A ENTREGAR EN 2011		ENTREGADO AL 31/12/2011		
	Cantidad	Cantidad	Monto	% de MAC entregado	Población cubierta
ACI	3.855.474	3.591.518	7.984.951	93.2	276.270
ACO	11.514.547	9.683.879	5.710.035	84.1	744.913
ACOLAC	2.073.583	1.705.539	1.774.751	82.3	243.648
AHE	343.305	281.202	233.314	81.9	
Preservativos	24.919.963	22.133.952	2.518.118	88.8	
DIU	83.654	86.870	389.984	103.8	86.870
Kit de colocación de DIU		20.000			
Test de embarazo		200.400			
Total	42.790.525	37.703.360	18.611.154	87.6	1.351.702

Los insumos fueron distribuidos a través de dos mecanismos. Por un lado, desde 2010, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable reorganizó la distribución de Insumos Anticonceptivos a través del Programa REMEDIAR + redes. Se realizaron 5 entregas bimensuales de 12.988 botiquines, que se distribuyeron en 4.474 establecimientos sanitarios de todo el país. Asimismo, en 2010, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable “continuó distribuyendo insumos a través de sus propios depósitos a

los programas provinciales, quienes recibieron al menos dos entregas anuales destinadas a hospitales y a suplir necesidades que pudieran surgir”²⁰⁵.

En la siguiente tabla, hemos organizado la información proporcionada por el Ministerio en relación a los lugares en los que, durante 2009, 2010 y 2011, se entregaba “algún tipo de MAC”. En ningún caso se aclara qué tipo de MAC se entregaba.

TIPO DE EFECTOR DE SALUD	CANTIDAD DE EFECTORES QUE ENTREGABAN ALGÚN MAC		
	2009	2010	2011
HOSPITALES	692	983	746
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	4.391	5.751	5.267
OTROS	769	584	419
TODOS	5.852	7.318	5.296

EFECTORES DE SALUD QUE OFRECEN SERVICIOS ESPECÍFICOS DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE			
	2009	2010	2011
Pre y Post Aborto	208	374	325
Violencia Sexual	91	342	305
Salud Sexual y Reproductiva del Adolescentes	244	353	207
Ligadura tubaria	215	309	257
Vasectomía	43	179	136
Embarazo no deseado	No especificado	No especificado	297
Consejería integral en salud sexual y reproductiva	No especificado	No especificado	575

²⁰⁵ Informe Anual de Gestión 2010- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, elaborado por la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud. Página 20.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Queda demostrado, que aunque la mayoría de países cuentan con un marco jurídico de acceso a la información, las entidades estatales responsables de aplicar dichos marcos jurídicos vuelven las normas inoperantes, al no otorgar información o hacerlo de forma extemporánea e incompleta. Asimismo, queda comprobado que existe en los Estados una gran carencia de información adecuada, veraz y oportuna en materia de salud sexual y reproductiva, lo que dificulta la elaboración de políticas públicas en esta materia y contribuye a la discriminación²⁰⁶ que las mujeres de la región padecen para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos, traduciéndose en violaciones de derechos humanos que se expresan en los cuerpos y en las vidas de las mujeres de la región.

Un análisis regional nos permite vislumbrar que la experiencia más exitosa de acceso a la información ocurrió en México a nivel federal (con serios obstáculos a nivel estatal), y que Centroamérica es la región con niveles más deficientes de acceso a información pública. En esta región, las normas se hacen inoperantes y la información por regla general nunca se entrega, y cuando excepcionalmente se recibe, es extemporánea, ininteligible y/o incompleta. Quizás el país centroamericano que mejor está desempeñándose en esta materia es Costa Rica, pero aun así resulta altamente insuficiente para satisfacer el derecho de sus ciudadanos a acceder a ésta información.

En Suramérica, las experiencias fueron sustancialmente mejores que en Centroamérica, aunque en ningún caso la entrega de información fue completa y desagregada.

Pese a que la CIDH ha señalado que la producción de estadísticas confiables en materia reproductiva y la diseminación de dicha información es fundamental para conocer la situación real de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo que a su vez permitirá mejorar las políticas públicas en salud de los Estados y generar conciencia colectiva respecto de las necesidades de este grupo, desafortunadamente y como lo demostramos en este informe, los Estados no producen información sobre muchos aspectos vinculados a los derechos sexuales y

²⁰⁶ El disfrute del derecho a la salud, que incluye el derecho a la salud reproductiva depende en gran parte del goce del derecho a la no discriminación. La Convención sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) pide explícitamente a los Estados Parte que adopten “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica” Convención CEDAW, artículo 12.1

reproductivos. Y en el caso del aborto las estadísticas no existen o son inadecuadas. En una región donde el aborto inseguro es una de las principales causas de morbilidad materna, y que tiene además las tasas de aborto más altas del mundo, esta falta de información tiene una repercusión directa en la vida y la salud de las mujeres latinoamericanas.

De hecho, ningún marco jurídico de los países donde se realizó esta investigación contempla la obligación de producir indicadores sobre el estado de salud reproductiva de su población, con excepción de Colombia (mediante la ley 100 del 1993, aunque su nivel de aplicación es baja en especial en materia de aborto). También muy preocupante, es que ningún marco jurídico contempla la obligación de producir y divulgar a los usuarios del sistema de salud información sobre servicios de salud reproductiva en materia de aborto, anticoncepción, embarazo y sexualidad.

Con este informe esperamos haber visibilizado las disparidades y similitudes en el acceso a la información en materia de derechos reproductivos en la región, teniendo en cuenta el estudio elaborado en los 9 países, en relación a la obligación de entregar información oportuna, completa, accesible fidedigna y oficiosa. Esperamos que el mismo sirva para promover que los Estados cuenten con información pública y asequible, a nivel nacional y local, desagregada por sexo, raza y edad en materia de derechos reproductivos, particularmente sobre anticoncepción, adolescentes, aborto, y morbilidad materna, sus causas y nivel de afectación en mujeres y adolescentes. A efectos de que los hallazgos de ésta investigación sirvan éstos propósitos, formulamos respetuosamente a la Honorable Comisión las siguientes recomendaciones:

A la luz de estas conclusiones, solicitamos a la CIDH que inste a los Estados a:

1. Adoptar un marco normativo de acceso a la información pública, en los casos de Argentina, y Costa Rica, que garantice el derecho de todos los individuos a acceder a información pública a través de procedimientos administrativos sencillos, efectivos e idóneos, tal como lo ha recomendado la CIDH en el pasado.

Asimismo, instar a El Salvador a aplicar de manera efectiva su marco jurídico en materia de acceso a la información pública y a revisar las disposiciones reglamentarias que menoscaban el alcance y propósito de dicho marco jurídico.

Por su parte, en el caso de Nicaragua y Honduras, la CIDH debe exhortar a ambos Estados a que apliquen la legislación vigente e introduzcan programas de capacitación

para los funcionarios encargados de brindar información pública, así como mecanismos expeditos de exigibilidad y sanciones en caso de incumplimiento de la obligación de brindar esa información. En el caso de México, la CIDH debería instar al Estado Federal a que obligue a los estados locales a cumplir con la ley de acceso a la información.

Finalmente, la CIDH debe instar a Colombia y a Ecuador a aplicar de manera efectiva su marco jurídico en materia de acceso a la información pública en especial en materia de derechos reproductivos, donde se presentan serias limitaciones en la producción y veracidad de la información por parte de las instituciones públicas.

En el caso de Perú instamos al Estado peruano a que capacite a los funcionarios encargados de brindar la información a fin de cumplir con los alcances de la norma y su reglamento y no pongan barreras en el acceso a la información para las personas ya que si bien la norma contempla la posibilidad de iniciar procesos contra los funcionarios que incumplen la norma, estos procesos administrativos no son expeditos y mucho menos si se inicia una denuncia penal por el delito de abuso de autoridad. Un aspecto que debe ser derogado es el artículo 211 de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley 27444, ley que se usa en forma complementaria a la ley de acceso a la información, la cual exige que todo recurso administrativo como es el caso de la apelación, debe estar autorizado por un letrado, lo que implica una barrera en el acceso a la información de las personas.

2. Elaborar, en conjunto con las mujeres y las organizaciones de la sociedad civil, políticas públicas para promover el acceso de las mujeres a la información en materia de salud sexual y reproductiva.
3. Desarrollar e implementar procedimientos judiciales eficaces que permitan la revisión de las decisiones de funcionarios públicos que omiten dar respuesta o deniegan el acceso de las mujeres a información pública en materia de derechos sexuales y reproductivos.
4. Adoptar las medidas que sean necesarias para dar cumplimiento a la obligación estatal de proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva desagregada por sexo, edad, etnia, raza y otras condiciones de riesgo.
5. Hacer efectivo el principio de máxima divulgación en materia de derechos sexuales y reproductivos, en especial en materia de aborto y anticoncepción de emergencia.

6. Adoptar medidas adecuadas para el diseño y la publicación de estadísticas confiables y actualizadas sobre derechos sexuales y reproductivos, en especial en materia de aborto y mortalidad materna.

Asimismo, esperamos que la información contenida en este informe resulte de utilidad para la CIDH y constituya una herramienta relevante en el seguimiento de su informe sobre *Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos*, particularmente en relación con la anticoncepción, los adolescentes, la morbilidad materna y sus causas, y el aborto. En este sentido, esperamos que la CIDH, en especial la Relatoría de la Mujer y la Relatoría de Libertad de Expresión, puedan producir un informe de seguimiento y emitir recomendaciones a los Estados en estas materias, con el fin de promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que habitan en Latinoamérica.