

# TRANSPARENCIA Y SALUD

EL ALCANCE DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN  
INTERPUESTOS POR LOS CIUDADANOS



**ITESO**  
Universidad Jesuita  
de Guadalajara

**Alfonso Hernández Valdez**



TRANSPARENCIA Y  
**SALUD**

EL ALCANCE DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN  
INTERPUESTOS POR LOS CIUDADANOS



# TRANSPARENCIA Y **SALUD**

EL ALCANCE DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN  
INTERPUESTOS POR LOS CIUDADANOS



**ITESO**  
Universidad Jesuita  
de Guadalajara

**Alfonso Hernández Valdez**

Hernández Valdez, Alfonso

Transparencia y salud : el alcance de los recursos de revisión interpuestos por los ciudadanos / A.  
Hernández Valdez. – Guadalajara, México : ITESO, 2014.  
108 p.

ISBN 978-607-9361-11-2 (Ebook PDF)

1. Influenza A H1N1 – México – Aspectos Jurídicos – Tema Principal 2. Salud Pública – México  
3. Transparencia Administrativa – México – Aspectos Jurídicos 4. Derecho a la Información – México – Tema  
Principal 5. Recurso de Revisión – México 6. Recurso Contencioso Administrativo – México 7. Derecho Procesal  
Administrativo – México 8. Derecho Administrativo – México 9. Derecho Público – México I. t.

[LC]

343. 720995 [Dewey]

---

1a. edición, Guadalajara, 2014.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, AC (ITESO)  
Periférico Sur Manuel Gómez Morán 8585, Col. ITESO,  
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.  
www.publicaciones.iteso.mx

ISBN 978-607-9361-11-2 (Ebook PDF)

Impreso y hecho en México.  
*Printed and made in Mexico.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
TRANSPARENCIA Y SALUD EN EL CONTEXTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	13
Rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información: un marco conceptual	14
Los efectos de la transparencia y el acceso a la información	18
Salud y transparencia	25
MODELO DE ANÁLISIS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN	31
Modelo de análisis	34
Instrumentos de recolección de información	36
CLASIFICACIÓN DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN	39
Temas de las solicitudes de información	40
Instrucciones del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos contenidas en las resoluciones de los recursos de revisión	41

EL ALCANCE DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A TRAVÉS DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN	49
Asuntos informativos transparentados a partir de las resoluciones de los recursos de revisión	50
Análisis de los cumplimientos de las resoluciones	63
Estudio de caso: el brote de influenza A H1N1 en México	66
 CONCLUSIONES	 85
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 89
 ANEXOS	 95
Anexo 1. Variables relativas a los recursos de revisión utilizadas en la investigación	95
Anexo 2. Catálogo de códigos	103

# INTRODUCCIÓN\*

El gobierno es un productor permanente de información. Ya sea de buena o de mala calidad, accesible al público o escondida en los cajones de los funcionarios, la operación diaria de un gobierno genera una cantidad inagotable de datos y documentos, al menos tomando en consideración el tiempo que tendría un ciudadano común para analizarla. Para el caso de una democracia, lo más importante no es que exista la capacidad para que organizaciones o ciudadanos independientes analicen toda la información gubernamental sino que esta se encuentre disponible para cualquiera que lo desee, en el momento en que lo juzgue conveniente. Una mayor capacidad de análisis de los documentos del gobierno por parte de agentes

\* El autor agradece la valiosa colaboración de Regina Cantú de Alba en la asistencia de investigación, así como las facilidades otorgadas por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) para acceder a sus archivos y recopilar la información necesaria para la elaboración de este libro. De manera especial, se agradece el apoyo incondicional de Manuel Matus Velasco y la Dirección General de Estudios e Investigación del Instituto.

externos a él sin duda fortalece las prácticas democráticas, pero su labor se vería considerablemente mermada en la medida en que la información no fuese confiable o no estuviese disponible de manera oportuna. Por ello, la transparencia y el derecho de acceso a la información importan. Si se ejercen sin cortapisas, permiten que el flujo de información entre gobierno y ciudadanos se lleve a cabo de manera práctica y contribuyen a que no haya un asunto público que no pueda ser escrutado por quien sea.

Como se sabe, desde 2001 existen en México las leyes de transparencia y acceso a la información, tanto en los estados como a nivel federal. A una década de su aparición, cabe preguntarse si han cumplido el cometido de plantear una nueva relación entre gobierno y sociedad a partir de una mayor disponibilidad de información gubernamental. O bien, ¿cuáles han sido sus resultados dentro de la sociedad en su conjunto? En otras palabras y de manera quizá un tanto informal, ¿para qué han servido? Responder a preguntas de esta naturaleza ameritaría más de un libro o programa de investigación. No obstante, esta obra se enmarca en el conjunto de las posibles respuestas que, aunque limitadas, podría haber para estas preguntas. Su propósito principal es investigar algunos de los efectos del ejercicio de la transparencia y el acceso a la información derivados de la Ley Federal en la materia, en particular en el tipo de información que termina en las manos de la ciudadanía. Para ello, se escogió el tema de la salud. Si bien la investigación sobre los efectos de una ley de transparencia se puede proponer desde cualquier ámbito de política pública, el caso de la salud ofrece, como se verá, un ángulo singular: la posibilidad de analizar, desde el enfoque de la transparencia y el acceso a la información, un caso de estudio de gran trascendencia nacional como lo fue la epidemia de influenza A H1N1 en nuestro país durante los meses de marzo y abril de 2009.

Este tipo de investigación plantea un desafío importante, ya que no es común investigar el alcance de una ley de transparencia desde la óptica de sus resultados en la vida pública. Al respecto y como se verá en el primer capítulo, el cuerpo de hallazgos está en una etapa inicial. Como argumenta Neal D. Finkelstein (2000: 1), no sabemos exactamente cómo probar el grado en que una política pública de transparencia (incluyendo la que se deriva de una ley) contribuye a los resultados o las consecuencias sociales que se buscan.<sup>1</sup> Se puede decir que los intereses de la investigación social en esta materia han sido distintos y se han referido, de manera primordial, al estudio de los mecanismos particulares de transparencia o de acceso a la información con que cuentan los programas de gobierno. Es decir, se estudia qué tan transparentes o accesibles al público son los programas gubernamentales, mas no los efectos —probables— que la transparencia o el derecho de acceso a la información han tenido en la ciudadanía o en algún sector social específico.

Para abordar este último planteamiento, la principal herramienta que se utiliza en la presente investigación es el recurso de revisión que se puede interponer en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG o Ley), que está sujeto a una resolución por parte del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).<sup>2</sup> En efecto, un ciudadano puede interponer un recurso de revisión ante el Instituto cuando, después de haber ingresado una solicitud de información, se le notifique la negativa de acceso a la información o la inexistencia de los documentos solicitados (incluyendo los relacionados con sus datos personales) por

1. En general, la aprobación de leyes que promueven la transparencia y el acceso a documentos públicos tiene la intención de convertirse en una política pública (*output*) o en un conjunto de acciones que buscan tener un efecto sobre los resultados (*outcomes*) políticos, sociales y económicos del gobierno, o bien, de otros entes sociales u organizacionales como las empresas (Lane y Ersson, 2000: 61).
2. Antes Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.

parte de los Comités de Información<sup>3</sup> de las dependencias o entidades,<sup>4</sup> en este caso, las que conforman el sector de salud federal.<sup>5</sup>

El énfasis del libro en los recursos de revisión, y no en otros instrumentos, como las solicitudes de información, obedece a dos razones. Primero, los recursos de revisión ofrecen la oportunidad de analizar de manera más precisa los posibles efectos de la Ley, ya que sus respectivas resoluciones generan una gran cantidad de información que se puede consultar en los archivos del IFAI, además de que es posible verificar si el sujeto obligado dio cumplimiento o no a lo que resolvió el Instituto. De esta manera, se puede constatar, en los casos en que así se ordenó, el envío de los documentos que solicitó el ciudadano. En las solicitudes de información que no derivan en un recurso de revisión, en cambio, se pueden consultar las solicitudes mismas y las respuestas que ofrecieron las dependencias o entidades, pero no se sabe si dichas respuestas se apegaron a lo solicitado por el ciudadano. Si no fuese el caso, el ciudadano bien

3. Según lo que marca el artículo 49 de la LFTAIPG, un Comité de Información es la unidad responsable dentro de las dependencias y entidades de responder a las solicitudes de información enviadas por los ciudadanos.
4. Comúnmente llamados “sujetos obligados”, y que en el caso del IFAI solo se refieren a los señalados en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, incluidos la Presidencia de la República, los órganos administrativos desconcentrados y la Procuraduría General de la República (artículo 3, fracción IV, de la LFTAIPG).
5. Para propósitos de este libro, el sector de salud federal está integrado por la Secretaría de Salud (SS) y sus órganos descentralizados y desconcentrados: la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, SA de CV (Birmex), los centros de Integración Juvenil, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el Hospital General de México, el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, el Hospital Juárez de México, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, el Instituto Nacional de Medicina Genómica, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

pudo haber dejado de insistir en acceder a algún documento, aun cuando sería probable que de haberlo hecho (a través de la interposición de un recurso de revisión) podría haber obtenido una respuesta favorable a su solicitud de parte del IFAI.

Y segundo, se parte del supuesto de que la información enviada gracias a la resolución de un recurso de revisión tiene una mayor probabilidad de utilizarse por parte del ciudadano que la información enviada a partir de una solicitud de información que no deriva en una queja ante el IFAI. Esto no quiere decir que los documentos que se entregan por parte de las dependencias y entidades a partir de las solicitudes de información no tengan un uso amplio por parte de los solicitantes. Solo se quiere enfatizar el hecho de que aquel solicitante que se toma la molestia de acudir al IFAI a interponer un recurso de revisión es porque tiene un interés real en poner en uso la información que solicitó y que le fue negada, en principio, por el sujeto obligado.

En este sentido, se analiza una muestra estadísticamente representativa de los recursos de revisión interpuestos contra 21 dependencias y entidades del Poder Ejecutivo federal en el ámbito de la salud, con la intención de establecer los asuntos informativos que se han *transparentado* en función de las resoluciones de dichos recursos, así como de identificar temas o asuntos puntuales en los cuales se pueda determinar que la Ley, a través del IFAI, contribuyó a la divulgación de información de claro interés público y que fue puesta en uso para algún propósito específico.

La investigación que se realiza muestra cómo la gama de asuntos relativos a la salud que han sido tratados en el marco de los recursos de revisión es muy amplia y diversa, y que la mayoría de las resoluciones de dichos recursos han implicado la entrega de información de interés para la ciudadanía. En particular, existen casos específicos en que se puede mostrar que las resoluciones del Instituto han influido en el curso de determinados asuntos relativos a la salud. El estudio de caso sobre los recursos de revisión donde se aborda el tema de la epidemia de influenza

A H1N1 ofrece evidencia en este sentido y constituye, junto con el análisis estadístico de los recursos obtenidos en la muestra, uno de los referentes empíricos más importantes de la investigación.

El libro está dividido en cuatro capítulos, seguidos por las conclusiones. En el primero se establece el marco teórico en materia de transparencia y salud que servirá de base para los análisis de capítulos posteriores. En el segundo capítulo se explica el modelo de análisis y los instrumentos de recolección de la información en relación con los recursos de revisión, es decir, los supuestos que existen detrás de la investigación en cuanto a la naturaleza de la información que será analizada y los modos de obtenerla. En el tercer capítulo se realizan dos tipos de análisis: el relativo a las solicitudes de información contenidas en los recursos de revisión y el que tiene que ver con las instrucciones o acciones que ordena realizar el IFAI a los sujetos obligados dentro de las resoluciones. A partir de este ejercicio, en el cuarto capítulo se llevan a cabo tanto análisis estadísticos como el estudio de caso de los recursos de revisión que tratan el tema de la epidemia de influenza A H1N1, con el objeto de aproximar el impacto de la información que ordenó divulgar el IFAI a propósito de un tema público de salud de gran interés para la ciudadanía. En este mismo capítulo se realiza un análisis de los cumplimientos de las resoluciones del IFAI con la finalidad de precisar si la información que el Instituto ordena entregar llega a quien tiene que llegar: el ciudadano que utiliza la Ley.

# TRANSPARENCIA Y SALUD EN EL CONTEXTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS\*

La facilidad para que cualquier persona pueda acceder a la información que posee un gobierno juega un papel importante en una democracia. Para entender esta aseveración, se debe echar mano de algunos conceptos. En este capítulo se hará un breve recuento de los más relevantes, tales como la rendición de cuentas, la transparencia y el derecho de acceso a la información, con el objeto de establecer un marco teórico de referencia dentro del cual se encuadra la información solicitada por y entregada a los ciudadanos por parte de las distintas agencias de gobierno. Posteriormente, se realizará un recorrido también breve sobre la influencia que han tenido, en distintas áreas del gobierno y la economía, tanto la transparencia como

\* La mayor parte de las dos primeras secciones de este capítulo tiene su base en Alfonso Hernández Valdez (2010).

el acceso a la información, para terminar con un marco conceptual sobre la salud y sus vínculos con estos dos temas.

### **Rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información: un marco conceptual**

El acceso a la información y la transparencia son componentes esenciales de uno de los pilares de la gobernabilidad democrática: la rendición de cuentas. En efecto, en una democracia representativa, los ciudadanos (o *principales*) delegan la responsabilidad de la toma de decisiones a sus *agentes* o funcionarios de gobierno.<sup>1</sup> El problema surge cuando los ciudadanos carecen de los medios para vigilar que los agentes trabajen en función del beneficio público y no en el propio, situación bastante común debido a que los agentes controlan la información para la toma de decisiones. En este contexto de *asimetrías de información*, la rendición de cuentas se convierte en un instrumento sumamente importante para gozar de una democracia de calidad, ya que provee a la ciudadanía de herramientas para controlar y evaluar a los gobernantes en un plazo mucho menor a, por ejemplo, una contienda electoral, además de que posibilita evaluar asuntos más puntuales. Por ello, una democracia sin mecanismos reales de rendición de cuentas se aleja mucho del ideal que establece que este sistema de gobierno debe responder al mandato ciudadano.

De acuerdo con Andreas Schedler (2004: 20), un agente rinde cuentas a un principal “cuando está obligado a informarle sobre sus acciones y decisiones (sean pasadas o futuras), a justificarlas y a sufrir el castigo co-

1. Estos términos provienen de la teoría del agente–principal, que parte del supuesto de que un *agente* es un individuo o grupo de individuos que rinde cuentas o está bajo la supervisión de otro individuo o grupo de individuos, a quien se denomina *principal*. Su aplicación se ha extendido en distintas ciencias sociales. Por ejemplo, la misma situación que se da entre ciudadanos y funcionarios de gobierno se ha planteado para una empresa, donde los dueños o accionistas delegan la responsabilidad de la toma de decisiones en sus gerentes o empleados.

rrespondiente en caso de mala conducta”. En este sentido, la información, la justificación (o argumentación) y la sanción en caso de incumplimiento constituyen las tres dimensiones de la rendición de cuentas. Según el mismo Schedler, las dos primeras —información y justificación— componen lo que en inglés se conoce como *answerability*, traducido como “responsabilidad”, la cual tiene que ver con la capacidad del principal para pedir no solo información acerca de los actos de su agente (dimensión informativa) sino también para exigir explicaciones, razones o justificaciones de dichos actos (dimensión justificativa o argumentativa) (Schedler, 2004: 13–14). La dimensión de sanción de la rendición de cuentas, por su parte, enfatiza la importancia de que los agentes sean castigados en caso de que incumplan con sus deberes, independientemente de que informen sobre sus actos y justifiquen sus decisiones. Como afirma Schedler (2004: 16), una rendición de cuentas sin mecanismos de sanción se parece más a un acto de simulación que a una restricción real al poder.<sup>2</sup>

En síntesis, la rendición de cuentas implica la obligación de parte de los agentes de informar y justificar sus actos y decisiones a los principales, así como la posibilidad de que aquellos sean sancionados por estos en caso de incumplimiento de sus deberes. Cuando la relación entre agentes y principales se da en un plano jerárquico desigual, como es el caso de una democracia representativa, en donde los funcionarios públicos son agentes de los ciudadanos, esta concepción de la rendición de cuentas se conoce como *vertical*. Sin embargo, existe también la rendición de cuentas *horizontal*, que se desarrolla entre instituciones —e incluso personas— de niveles jerárquicos similares.<sup>3</sup>

2. Cabe señalar que en un contexto democrático las sanciones no se limitan a los aspectos legales que puedan estar contenidos en reglamentos o normas al interior de las mismas instituciones públicas. También son importantes las sanciones de tipo electoral, donde la ciudadanía tiene la oportunidad de evaluar en las urnas el desempeño de las instituciones a través de su voto (Przeworski, 1991: 13).
3. Para una discusión de las definiciones y características de estos dos tipos de rendición de cuentas, véanse Guillermo O’Donnell (2000) y Luis Carlos Ugalde (2002).

Ahora bien, la transparencia tiene que ver de manera particular con la dimensión informativa de la rendición de cuentas,<sup>4</sup> y se puede entender como una acción o un conjunto de acciones que vuelve disponible información relevante por parte de los agentes para que los principales los puedan vigilar y evaluar (Florini, 1999). Según esta definición, para que exista transparencia la información debe contar con al menos dos características: disponibilidad y relevancia.<sup>5</sup> Que la información esté disponible significa que está al alcance del principal de manera oportuna, ya sea porque se encuentra en una fuente de acceso público —como la Internet— o porque se puede obtener de algún lugar específico, sin que para ello se incurra en costos más allá de los que implica desplazarse a tal lugar. Muchas definiciones resaltan la disponibilidad como una cualidad de la transparencia. Así, Roumeen Islam (2003) define la transparencia económica como la disponibilidad oportuna de datos económicos, mientras que el Proyecto Presupuesto Abierto (*Open Budget Project*) define la presupuestaria como el acceso público a la información presupuestal (Bellver y Kaufmann, 2005: 4).

Por otro lado, que la información sea relevante significa que puede servir para controlar o evaluar el comportamiento del agente por parte del principal. En efecto, el simple hecho de volver disponible cierta información no quiere decir que el agente o persona que realiza esta acción sea completamente *transparente*. Las agencias gubernamentales ponen al alcance del público una gran cantidad de información de manera periódica —trípticos, folletos— y no por ello se dice que la agencia que publica la información es más transparente que antes. Para que esto suceda, la

4. Hay autores, como Jonathan Fox (2005), que consideran que la transparencia también tiene que ver con la dimensión argumentativa de la rendición de cuentas, lo cual implicaría que se puede referir además a las justificaciones y explicaciones que deben dar los agentes acerca de sus actos.
5. Sergio López Ayllón (2007: 7) identifica un mayor número de cualidades de la transparencia, tales como la accesibilidad, la oportunidad, la relevancia, la verificabilidad, la inclusión, la inteligibilidad y la integralidad.

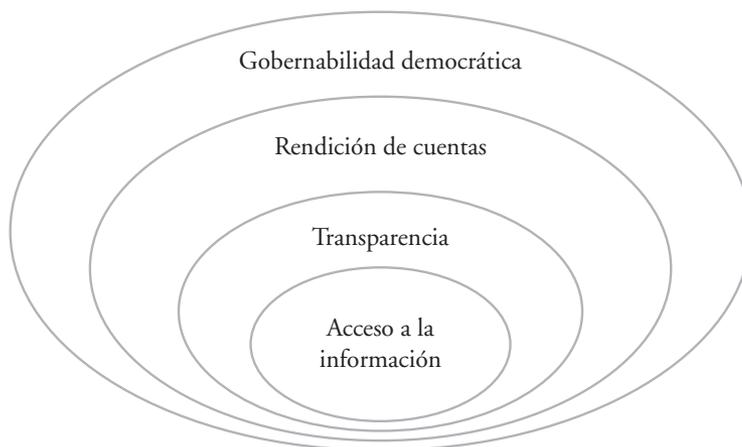
información debe aportar elementos para que el principal juzgue si se apega a lo que se espera del agente en el desempeño de sus funciones.

Por su parte, existen diversos modos en que la información se puede volver disponible y, por tanto, transparente. Uno de ellos es a través del derecho de acceso a la información, el cual “otorga la facultad a las personas de tener acceso directo a la información gubernamental —normalmente contenida en documentos— y la obligación correlativa de los órganos del Estado de entregarla” (López Ayllón, 2006: 241). En este sentido, el que los ciudadanos puedan pedir y obtener información a través de este derecho vuelve transparente la información obtenida y, por consiguiente, se puede afirmar que el acceso a la información constituye una forma de lograr mayor transparencia, al menos en el ámbito del gobierno (Hernández Valdez, 2007: 48).<sup>6</sup>

Con lo que se ha dicho hasta este punto, se puede concluir que existe una relación estrecha aunque diferenciada entre gobernabilidad democrática, rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información. Un modelo que ayuda a comprender la relación que guardan estos conceptos ha sido propuesto por Sergio López Ayllón (2007: 9–10), quien recomienda imaginarlos como círculos concéntricos. Al centro se encuentra el derecho de acceso a la información. En el siguiente círculo se ubica a la transparencia, que incluye el derecho de acceso, pero que tiene un

6. Cabe mencionar que el derecho de acceso a la información forma parte del derecho a la información. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera a este último como un derecho fundamental, para el cual el acceso a la información resulta de suma importancia para garantizar la libertad y la democracia (UNDP, 2004: 8). A su vez, el derecho a la información se puede considerar como parte del derecho a la libertad de expresión. En efecto, el artículo 19 de la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) establecen que el derecho a la libertad de expresión incluye no solo la libertad para difundir información e ideas de cualquier tipo sino también para buscarlas y recibirlas por cualquier medio (UNDP, 2006: 13). Por otra parte, el derecho a la información ha sido garantizado por diversos tratados regionales y declaraciones, como las del Consejo de Europa, a través de su Recomendación R(2002)2, del Comité de Ministros de los Estados Miembro sobre el acceso a documentos oficiales, adoptada el 21 de febrero de 2002.

**Gráfica 1.1**  
**Modelo de círculos concéntricos:**  
**del acceso a la información a la gobernabilidad democrática**



Fuente: López Ayllón (2007: 10).

contenido más amplio que este. En seguida viene un tercer círculo, todavía más amplio, que es el de la rendición de cuentas y que además de contener a la transparencia, incluye otras dimensiones, como la sanción. Por último, estaría la gobernabilidad democrática. La gráfica 1.1 presenta un esquema de este modelo.

### **Los efectos de la transparencia y el acceso a la información**

Desde un plano teórico se puede apreciar la importancia que representan la transparencia y el acceso a la información para la rendición de cuentas. Desde una perspectiva más empírica, sin embargo, cabe preguntarse sobre sus efectos concretos en distintas esferas de la vida social. Antes de pasar a la relación que guardan la transparencia y el acceso a la información con el tema de la salud, conviene detenerse un poco y revisar, de manera muy sucinta, cuáles han sido algunos de estos efectos y beneficios. Se pueden

dividir en tres grandes apartados: la gobernabilidad, la economía y el papel general que guarda la transparencia (y, por consiguiente, el acceso a la información) con respecto al ámbito de lo público y su rol a futuro.

### *Impactos en la gobernabilidad*

La información que poseen los servidores públicos es importante porque permite entender la acción del gobierno y lo que este planea hacer. En efecto, contar con información oportuna acerca de los planes y programas gubernamentales puede ayudar a los ciudadanos a tomar decisiones relacionadas directamente con sus vidas. Este ha sido el caso en la India, donde el flujo de información sobre los planes y los programas sociales del gobierno ha sido de gran utilidad para que los ciudadanos actúen sobre distintos aspectos de su vida cotidiana. En muchos casos, el papel de la sociedad civil ha jugado un rol preponderante. En provincias como Rajastán, por ejemplo, diversos organismos de la sociedad civil promovieron y llevaron a cabo campañas de contraloría social, en donde los funcionarios de gobierno fueron citados para presentar de manera regular distintos planes y proyectos gubernamentales a los ciudadanos. Ello motivó, a su vez, que se acelerara el proceso de aprobación que estaba pendiente en relación con las leyes de acceso a la información de las distintas provincias de la India (UNDP, 2004: 16–17).

A diferencia del caso mexicano, esas leyes son utilizadas por los ciudadanos no solo para pedir información al gobierno a través de una solicitud sino para emitir quejas por algún agravio o denuncias acerca de obras no ejecutadas o servicios no realizados por parte del gobierno, mismas que tienen que seguir sus trámites respectivos ante las autoridades competentes (NCPRI, 2005). De hecho, la mayor parte de los recursos de revisión que atienden las comisiones de información de las provincias de la India tiene que ver con la falta de respuesta a estas quejas y denuncias, que

pueden llegar a las decenas de miles en un año, saturar e incluso rebasar la capacidad de respuesta de las comisiones.<sup>7</sup>

Por otro lado, la divulgación de información pública puede estar relacionada con la disminución de la corrupción dentro del gobierno. Por ejemplo, varios autores argumentan que la adopción de políticas transparentes y competitivas en materia de licitaciones públicas limita de manera considerable la corrupción (Thomas *et al*, 2000: 156). En el mismo sentido, otra serie de hallazgos muestra que la falta de información confiable por parte de un gobierno nacional fomenta la corrupción y ahuyenta la inversión internacional (Bellver y Kaufmann, 2005: 8).

De manera más específica, Catharina Lindstedt y Daniel Naurin (2006) analizaron los efectos de varios mecanismos de transparencia —tales como la existencia de leyes de acceso a la información y de una prensa libre— sobre la corrupción gubernamental. Aunque sus conclusiones confirman que la transparencia inhibe la corrupción, estos autores argumentan que un país puede obtener resultados más sustanciales si se suman la presencia de elecciones competidas y una ciudadanía con niveles altos de educación, y si se adoptan mecanismos de rendición de cuentas que establezcan sanciones ejemplares a los servidores públicos que no cumplan con sus funciones de manera adecuada. En efecto, “volver disponible la información no eliminará la corrupción si las condiciones de publicidad y rendición de cuentas son débiles. Los efectos de interacción de la transparencia con la educación, la circulación de periódicos y la democracia electoral condicionan la relación con la corrupción” (Lindstedt y Naurin 2006: 23).

Paul Hubbard (2007) llega a una conclusión similar. Este autor analizó algunos de los hallazgos contenidos en el trabajo de Ritva Reinikka y Jakob Svensson (2003), quienes argumentaron que una campaña en prensa que publicó los subsidios mensuales otorgados a las escuelas locales de Uganda

7. Entrevista con Stephanie de Chassy, consultora del Banco Mundial, realizada el 8 de enero de 2010.

al final de los años noventa redujo de manera considerable la corrupción en el sector educativo de ese país. En su investigación, Reinikka y Svensson afirmaron que la disponibilidad de datos provenientes de la campaña permitió a los padres de familia y a las autoridades escolares supervisar la utilización del dinero, lo cual contribuyó a reducir las “fugas” de fondos destinados a las escuelas. Sin embargo, Hubbard cuestionó estas afirmaciones, al comentar que la información contenida en la campaña en prensa era parte de una cadena de eventos que inició dentro del mismo gobierno, que fue el primero en divulgar este tipo de información de manera interna. Ello provocó diversas reformas gubernamentales que incluyeron, entre otras, el lanzamiento de la campaña en prensa. De cualquier modo, lo que Hubbard deja en claro es que la divulgación de información sí importa “para reducir la corrupción”, aunque rara vez es el único factor de importancia (2007: 9).

### *Impactos en la economía*

De acuerdo con la teoría económica, el acceso a la información y la transparencia pueden ayudar a resolver el problema del agente–principal. En un contexto de transparencia corporativa, el argumento es que las políticas de divulgación reducen las asimetrías de información entre las distintas partes de un contrato (Bellver y Kaufmann, 2005: 9). Por ejemplo, con información financiera confiable, los dueños de una empresa pueden verificar si la compañía está siendo administrada de manera adecuada por los gerentes, y los inversionistas se encuentran en una mejor posición para determinar si se convierten en dueños (Florini, 1999: 5).

Asimismo, también se argumenta que la transparencia mejora el funcionamiento de los mercados financieros. Como hacen notar Ana Bellver y Daniel Kaufmann (2005: 7),

Las distorsiones de la información dentro de los mercados financieros son cruciales para explicar los grandes flujos de capital internacional en los mercados emergentes así como su salida rápida en tiempos de crisis. La falta de transparencia en la toma de decisiones de política y la divulgación no sistemática de información relevante para la formación de expectativas racionales obliga a los agentes privados a revisar sus expectativas, aumentando la variabilidad de los precios de los activos, consumo e inversión, incrementando así los riesgos de las inversiones.

Aunque se necesita más investigación que relacione la divulgación de información con la existencia de mercados financieros más eficientes (Florini, 1999: 35), algunos estudios proporcionan evidencia en este sentido. Por ejemplo, Zdenek Drabek y Warren Payne (2001) argumentan que la falta de transparencia gubernamental disminuye de manera considerable la cantidad esperada de inversión extranjera directa de un país. Y Roumeen Islam (2003) ha encontrado que existe una correlación positiva entre un índice de transparencia —compuesto por indicadores económicos, fiscales y financieros— y la calidad de la gobernabilidad de un país (compuesto por indicadores económicos y políticos).

Por último, un aspecto del acceso a la información y la transparencia que se ignora con frecuencia es el uso de la legislación en la materia para facilitar las prácticas de negocios. Como comenta Toby Mendel (2003: iv): “Los órganos públicos mantienen una cantidad abundante de información de todo tipo, mucha de la cual se relaciona con asuntos económicos y que puede resultar de gran utilidad para los negocios”. Esto debería disminuir “las preocupaciones de algunos gobiernos acerca del costo de implementar este tipo de legislación”. En Canadá y Gran Bretaña, por ejemplo, el sector privado es uno de los usuarios más frecuentes de las leyes de acceso a la información (Glover *et al*, 2006: 38).

## *¿Hacia dónde va la transparencia?*

La transparencia resulta útil para la ciudadanía, pero es incómoda para los gobernantes. De hecho, esa es una de las virtudes que promueven quienes creen en ella: la posibilidad de conocer las acciones de gobierno debe servir para inhibir posibles prácticas de corrupción, evitar una franca ineptitud de parte de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus responsabilidades, o tener elementos para sancionarlos en caso de incumplimientos a su labor. Por ello, cualquier funcionario de gobierno prefiere que su desempeño laboral permanezca fuera del conocimiento público, aun cuando esté apegado a las normas. La razón es que el cumplimiento de su trabajo tiene una escasa probabilidad de valorarse más allá del ámbito gubernamental —y en ocasiones, ni siquiera en este—, mientras que cualquier desviación a lo que se espera de su trabajo le puede traer consecuencias negativas para su futuro laboral o político.

Esta perspectiva de la transparencia como instrumento que posibilita el control de los funcionarios públicos, sin embargo, ha despertado críticas diversas. Robert D. Behn argumenta que la rendición de cuentas (*accountability*) equivale, en un sentido práctico, a castigar. Al menos así la perciben los funcionarios de gobierno, quienes enfrentan un dilema de la rendición de cuentas, que consiste en decidir, por un lado, si atienden los procesos y normas que rigen el uso de los recursos públicos (*accountability for finances*) y su asignación de manera justa y equitativa (*accountability for fairness*), y por otro, si se dedican a mejorar el desempeño de la agencia para la que trabajan (*accountability for performance*). Debido al temor a ser castigados, prosigue, por lo general los funcionarios se concentran más en atender los procesos relacionados con el ejercicio y asignación de recursos públicos que en producir resultados a través de mejoras en el desempeño gubernamental (Behn, 2001: 3–13).

Por su parte, David Arellano sintetiza algunas de las críticas más agudas a la transparencia desde la vertiente sociológica de la teoría de las

organizaciones. Para este autor, existe una tensión entre las dos principales funciones de la transparencia dentro de la organización: el control y la confianza. Si bien es cierto que los miembros de toda organización necesitan de normas y reglas para relacionarse, también lo es que estos interactúan con base en la confianza y que se necesita cierto grado de ambigüedad dentro de una organización compuesta por actores plurales que no siempre piensan igual. La ambigüedad es necesaria, pero poco transparente, y por ello cuando se introducen relaciones completamente transparentes —que facilitan el control organizacional— entre actores distintos entre sí, se puede ocasionar “una falla en la lógica de la cooperación” (Arellano, 2005: 53–54).

Así, la transparencia se debe construir con sumo cuidado al interior de cualquier organización, de manera tal que se permita a sus miembros cierta discrecionalidad, autonomía y flexibilidad en la toma de decisiones, factores que no siempre son compatibles con una postura absolutamente transparente de la acción organizacional. En este sentido, el buen desempeño de las organizaciones exige un equilibrio entre la transparencia que busca controlar a los agentes y la ambigüedad que busca construir relaciones de confianza entre estos (Arellano, 2005: 54–55).

Los argumentos de Behn y Arellano constituyen una primera pauta novedosa para el estudio de la transparencia, distinta al enfoque —más extendido— que se centra en las asimetrías de información existentes entre ciudadanos y gobierno, que vuelven necesaria una rendición de cuentas más efectiva.

Una segunda pauta para abordar la transparencia proviene de los estudios que analizan sus efectos dentro de temas concretos de política pública. Este enfoque, también conocido como “transparencia focalizada” (*targeted transparency*), representa una segunda generación de políticas sobre transparencia, cuyo propósito ha sido reducir riesgos o problemas de

desempeño a través de la divulgación de información específica por parte de gobiernos y empresas.<sup>8</sup> Según los proponentes de esta nueva vertiente (Fung, Graham y Weil, 2007: 5), de lo que se trata es de observar los impactos sociales de publicar información dentro de áreas de interés público muy particulares, tales como seguridad laboral, finanzas corporativas, higiene en restaurantes o campañas electorales, con el objetivo de verificar si se han alcanzado valores socialmente deseables o si se ha mejorado la seguridad ciudadana o reducido algún riesgo potencial dentro de la comunidad.

## Salud y transparencia

Después de este breve recorrido conceptual y empírico sobre la transparencia y el acceso a la información, conviene acercarse a la relación que estos guardan con la salud. Para ello, es importante entender primero el papel que juega un sistema de salud en el ámbito de lo público y, después, las implicaciones de ese sistema en el contexto más amplio de la rendición de cuentas, la transparencia y el acceso a la información. Estos dos aspectos son los que integran la discusión que se presenta a continuación.

El papel que juega un sistema de salud en el ámbito público se puede entender a partir de la provisión de dos tipos de servicio: los de salud pública y los de atención a la salud. Los servicios de salud pública pueden ser vistos como bienes públicos,<sup>9</sup> que generan externalidades positivas,

8. La primera generación se caracterizó por el ejercicio del derecho de acceso a la información, en especial la de gobierno (Fung, Graham y Weil, 2007: 24).

9. En su modalidad más pura, un bien público es aquel que cuenta con dos características: no exclusión, que se presenta cuando ningún consumidor puede ser excluido de consumir el bien una vez que este es proveído, y no rivalidad en el consumo, que se presenta cuando el consumo del bien por parte de una persona no reduce la disponibilidad del mismo para cualquier otra (Pearce, 1992: 352).

tales como el control sanitario, la regulación de la atención a la salud y la vigilancia epidemiológica, los cuales son proveídos por el gobierno y cuyo destinatario es la población en su conjunto (Hernández Valdez, 2004: 379–382; CIDE, 2003: 3).<sup>10</sup>

Por su parte, los servicios de atención a la salud se pueden considerar como bienes privados que tienen que ver con muchos de los servicios de salud individuales, tales como diagnósticos, servicios curativos, paliativos, de rehabilitación, entre otros, que son proveídos tanto por particulares como por el gobierno, y cuyos destinatarios son pacientes en lo individual. El gobierno asume su provisión bajo criterios de equidad, calidad en el servicio, protección de los grupos más vulnerables de la sociedad e incorporación de la perspectiva de salud pública en las políticas nacionales de salud (Hernández Valdez, 2004: 379–382; CIDE, 2003: 4; Muñoz *et al*, 2000: 128).

El papel del gobierno en la provisión de ambos tipos de servicio es de suma importancia, y continuamente existen esfuerzos por establecer qué funciones son las más relevantes dentro del sistema de salud. En particular, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido 11 funciones esenciales para un sistema de salud manejado por el gobierno (que agrupan servicios tanto de salud pública como de atención a la salud) para el continente americano (Muñoz *et al*, 2000: 130):

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.

10. Cabe destacar que la información e investigación que se realiza dentro del sector salud, sin ser en estricto sentido un *servicio* de salud, se considera no obstante un bien público de salud.

- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- Regulación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Dado que los *servicios de salud pública* son un bien público e indivisible,

[...] su rendición de cuentas es de naturaleza pública y gubernamental, pues ningún particular estará dispuesto a vigilar su provisión, ya que se trata de bienes de beneficio general. Por su parte, la rendición de cuentas sobre los *servicios de atención a la salud* puede ejercerse desde el gobierno (con financiamiento público) o a través de los pacientes cuando se trata de un sistema que ofrece información a los usuarios sobre los centros de atención y cuando existe un margen de libertad de elección (CIDE, 2003: 4).

Ahora bien, una rendición de cuentas efectiva por parte de cualquier gobierno en materia de ambos tipos de servicio supone un beneficio para todo el sistema de salud y la ciudadanía en general. Por ello es importante analizar los hallazgos que se han establecido en algunos de los componentes de la rendición de cuentas, en especial los relacionados con el tema de la transparencia y la salud. Así, por ejemplo, Andrew Sunil Rajkumar y Vinaya Swaroop encontraron que existe una relación estrecha entre la reducción de los índices de mortalidad infantil y los niveles altos de inte-

gridad, percibida en relación con el gasto en salud pública. Sus datos son para el periodo 1990–1997, y proporcionan evidencia del mejoramiento en la efectividad del gasto en salud a través de una mayor disponibilidad de información entre los agentes responsables de la salud pública, lo cual inhibe la corrupción dentro del sistema (Rajkumar y Swaroop, 2002).

Por otro lado, Pramilla Senanayake da cuenta de cómo el sector salud se caracteriza, en muchas partes del mundo, por una marcada falta de transparencia, siendo los países en desarrollo los que más la padecen. En muchos lugares los sobornos están a la orden del día, y la práctica es tan común que en países como Bosnia y Herzegovina 35% de los servidores públicos del sector salud declararon que aquellos que se rehúsan a recibirlos se exponen a algún tipo de castigo o represalia por parte de quienes sí los aceptan (Senanayake, 2006: 662; Lewis, 2006). Ello no hace sino apuntar a la importancia de eliminar la opacidad dentro de los sistemas de salud, de manera que se disminuyan las prácticas de corrupción y se fortalezca el buen gobierno en materia de dotación de servicios de salud.

Por su parte, las emergencias de salud pública que se dieron a nivel mundial durante la década pasada —el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la gripe A— han puesto de relieve la gran importancia que tiene la transparencia de la información sanitaria para manejar y responder de manera adecuada a crisis de esa naturaleza por parte de la comunidad internacional. En el caso del SARS, ha quedado establecido cómo la renuencia de las autoridades a reconocer y comunicar el problema potencial de la enfermedad en las primeras fases de su aparición contribuyó a su rápido esparcimiento global (O'Malley, Rainford y Thompson, 2009: 614). Las conclusiones de un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al respecto son claras:

La información debe ser comunicada de una manera transparente, precisa y oportuna. El SARS ha demostrado la necesidad de una mejor comunicación del riesgo como un componente del control del brote y una estrategia para reducir el impacto de salud, económico y psicosocial de los eventos de enfermedades infecciosas mayores (O'Malley, Rainford y Thompson, 2009: 614).

En este sentido, a través de este tipo de estudios se puede afirmar que la transparencia y la divulgación de la información sanitaria resultan determinantes para establecer sistemas de salud más efectivos, que provean a la ciudadanía de herramientas para poder evaluar la calidad de los servicios de salud pública y atención a la salud.



# MODELO DE ANÁLISIS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN

¿Cómo se logra la rendición de cuentas? En primera instancia, a través de la divulgación y disponibilidad de la información pública que, como ya se vio, se puede sustentar por medio del derecho de acceso a la información y la transparencia en el gobierno. A este requerimiento de la información para la rendición de cuentas, Sergio López Ayllón y Mauricio Merino (2009: 26) añaden otros dos: las cuentas y la responsabilidad, es decir, los responsables del ejercicio de la autoridad pública. Las cuentas se refieren sobre todo a los sistemas de información contable, que son vitales para controlar los ingresos y los gastos públicos, para evaluar programas y políticas gubernamentales, y para dar cuenta “de que el gasto ejercido se ajustó, en efecto, a los propósitos y a las normas administrativas”, además de ofrecer “datos indispensables para que el público pueda constatar que sus recursos se han utilizado de manera honesta y se han aplicado exclu-

sivamente para los objetivos que fueron programados” (López Ayllón y Merino, 2009: 31).<sup>1</sup> Por su parte, la responsabilidad se refiere al sistema de responsabilidades que enfrentan los servidores públicos tanto en el ejercicio de los recursos públicos como en el incumplimiento de actividades que están obligados a llevar a cabo (López Ayllón y Merino, 2009: 33).

En México, los temas que tienen que ver con la transparencia y el acceso a la información, es decir, con el requerimiento relativo a la información para la rendición de cuentas, se han fortalecido a partir de la emisión tanto de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG o Ley), durante 2002, como de las distintas leyes estatales en la materia, desde 2001.<sup>2</sup> En ellas se encuentran los instrumentos principales a disposición de la ciudadanía para: ejercer el derecho de acceso a la información, a partir de solicitudes de información dirigidas a las agencias de los distintos órdenes de gobierno; emitir quejas ante un órgano especializado de acceso a la información, a través de la utilización del recurso de revisión, en caso de que alguna agencia de gobierno niegue el acceso a la información solicitada, o cuando el interesado considere que la información entregada no satisface sus requerimientos, y por último, exigir a los gobiernos federal, estatales y municipales y a los distintos poderes públicos que transparenten, es decir, que divulguen cierta información, conocida como de oficio, sin necesidad de solicitarla (Hernández Valdez, 2007: 47, 50).<sup>3</sup> A este tipo de información de oficio

1. En estricto sentido, el requerimiento que se refiere a las cuentas —y por tanto, a los sistemas de información contable— que describen López Ayllón y Merino debería ser parte de la información disponible para los ciudadanos, si bien es cierto que en el caso particular de México existe todavía un largo camino por recorrer para contar con sistemas de información de las cuentas públicas que sean homogéneos, confiables y públicos.
2. Jalisco fue el primer estado del país en aprobar una ley de transparencia y acceso a la información, en diciembre de 2001.
3. La mayoría de estas leyes cuenta también con mecanismos de sanción para los funcionarios que incumplan con su observancia, en especial en materia de acceso a la información, y en menor medida en los casos de transparencia.

es a la que por lo general se asocia con la transparencia gubernamental, que debe estar al alcance del público a través de medios electrónicos como la Internet.

La promulgación tanto de la Ley Federal como de las leyes estatales de transparencia y acceso a la información ha introducido a la transparencia y al acceso a la información como una obligación para el gobierno y un derecho de los ciudadanos, respectivamente, y con ello han abierto mecanismos novedosos de rendición de cuentas en nuestro país. Si bien no son los únicos y tampoco se podría afirmar que la rendición de cuentas se empieza a lograr por la sola existencia de estas leyes, se puede decir que sus respectivas promulgaciones han sido un paso importante en este sentido.<sup>4</sup>

En particular, el interés principal de esta investigación se encuentra en los recursos de revisión interpuestos ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) por parte de los solicitantes que consideren que su solicitud de información no fue atendida de manera adecuada por algún sujeto obligado del sector salud del ámbito federal. En efecto, el recurso de revisión es el principal instrumento que tienen los ciudadanos para quejarse ante el IFAI cuando no estén de acuerdo con la respuesta otorgada a su solicitud de información por parte de cualquier dependencia o entidad (lo cual los convierte en *recurrentes*). La *resolución* de dicho recurso, a cargo del Instituto, representa una garantía para hacer efectivo el derecho de acceso a la información pública.

Sin embargo, en ciertos casos, una resolución también se puede considerar como una pequeña pieza de política pública: su contenido mueve

4. Aunque, como argumenta Mauricio Merino (2006: 154), resultaría lógico que la transparencia fuese una política pública asumida de manera particular y distinta por cada entidad federativa y por el gobierno federal, mientras que el derecho de acceso a la información habría de ser único y universal, puesto que el sujeto del derecho es la persona misma. Lo que existe en México, sin embargo, son 33 leyes que regulan tanto el derecho de acceso a la información como las obligaciones de transparencia gubernamental, una por cada entidad federativa, más la Ley Federal en la materia.

a la *acción* por parte de una dependencia o entidad, que debe realizar distintas actividades dentro del ámbito público para cumplir con las órdenes o instrucciones que emite el Instituto. Como veremos más adelante, tal es el caso de las resoluciones en donde el Pleno del IFAI modifica o revoca la respuesta de algún sujeto obligado, que generalmente ordenan la entrega o búsqueda de información pública. Incluso se podría afirmar que ciertos recursos que se sobreseen reflejan diversas acciones encaminadas a la divulgación de información por parte de los servidores públicos, ya que en muchos casos el sobreseimiento podría obedecer a que en el proceso de resolución del recurso se entregó la información solicitada por el recurrente.

A continuación se detallan el modelo general utilizado para analizar los recursos de revisión y los instrumentos que se emplearon para recolectar la información relativa a ellos.

## **Modelo de análisis**

Con el objeto de estudiar algunos de los impactos de las resoluciones de los recursos de revisión del IFAI en el ámbito de la salud y sus instituciones a nivel federal, se plantea un modelo que contempla dos niveles de análisis. En el primer nivel se busca analizar qué asuntos informativos se *transparentaron* a partir de las resoluciones del IFAI. Es decir, lo que se pretende verificar es la información relacionada con la salud que el IFAI ordenó divulgar —por medio de la entrega de documentos— a las distintas instituciones de salud. En el segundo, se afina más el análisis, a través de un estudio de caso derivado de varios recursos de revisión relativos a la epidemia de influenza A H1N1 y que, por la naturaleza de la información que se ordenó entregar, resultan de especial interés para establecer el alcance que han logrado la Ley y el IFAI en materia de transparencia dentro

de un ámbito específico del sector salud.<sup>5</sup> En ambos niveles, la hipótesis es similar: las resoluciones del Instituto tienen un impacto *relevante* en materia de salud. El planteamiento es entonces relativamente directo: la información divulgada como producto de las resoluciones del IFAI (primer nivel de análisis) o un caso o grupo de resoluciones (segundo nivel) han propiciado cambios o resultados que son importantes para la ciudadanía en materia de salud dentro de nuestro país, lo cual incluye a las políticas públicas de salud en el orden federal de gobierno.

Desde luego, una gran cantidad de documentos que se solicitan a las dependencias y entidades tienen un claro interés individual por parte del solicitante (o recurrente), y por ello es exagerado suponer que toda la información que el IFAI ordena divulgar tendrá un impacto en materia de resultados sociales o de política pública. Sin embargo, la hipótesis general que se plantea es que aun ese tipo de información (de corte más individual) genera cambios al interior de las dependencias y entidades en la manera en que se relacionan con el ciudadano. Si bien ese tipo de cambios no por fuerza propician ajustes o modificaciones sustanciales e inmediatas en la mayoría de los programas o políticas públicas del sector salud, sí plantean un nuevo modo de gestionar los asuntos públicos de parte de las agencias gubernamentales.

Por otro lado, este estudio no busca establecer una teoría definitiva que dé cuenta de los cambios sanitarios o de las políticas de salud a raíz de la existencia de información nueva que se conozca a través de los instrumentos de la Ley. No obstante, la investigación utiliza herramientas que son propias del modo de proceder de los modelos causales para comprender los fenómenos sociales. En cierto sentido, se analizan los datos disponibles como *aproximaciones* de variables. Así, la información

5. Como ya se mencionó, por *sector salud* se entiende el que tiene que ver solo con la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y descentralizados.

divulgada a través de las resoluciones que emite el Instituto en materia de salud se asume como si fuese una variable capaz de explicar —al menos en parte— los cambios en los resultados de algunos aspectos dentro del campo o las políticas de salud. Estos *cambios* son difíciles de observar y de medir de manera rigurosa, pero en la medida de lo posible el estudio trata de aproximarlos a través de distintos elementos analíticos.<sup>6</sup>

## Instrumentos de recolección de la información

El punto de partida central de este texto está basado en la información —por lo general contenida en documentos— que se entrega a los recurrentes a través de las resoluciones del IFAI. Para recabar estos datos, se tomó una muestra representativa de los 827 recursos de revisión, donde se entregó cualquier tipo de información al recurrente, desde el 12 junio de 2003 hasta el 15 de octubre de 2010, por medio de dos procesos posibles: al concluir la resolución del recurso o durante el desahogo del recurso de revisión. En el primer caso se incluyen sobre todo los recursos con resolución de “modifica” y “revoca”, según se establece en el artículo 56, fracción III de la LFTAIPG. Sin embargo, también se incluyen aquellos recursos con resolución de “confirma”,<sup>7</sup> donde se entrega algún tipo de información al recurrente. Normalmente las confirmaciones no conllevan la entrega de documentos, pero se han dado casos donde el Pleno del IFAI confirma lo resuelto por los comités de Información de los sujetos obligados, y a la vez les instruye entregar algún tipo de información al recurrente, casi siempre de tipo orientador sobre lo que este solicitó en primera instancia. A estos recursos se les puede catalogar con la etiqueta de “confirma con instrucción de entrega”, si bien esta categoría no está contemplada en el marco de la Ley. Por otro lado, en el segundo caso solo se incluyen los sobreseimientos.

6. En especial, a partir del estudio de caso sobre la influenza A H1N1, expuesto en el capítulo “El alcance de la información divulgada a través de los recursos de revisión”.

7. Según la fracción II del artículo 56 de la Ley.

**Cuadro 2.1**  
**Número de recursos de revisión con resolución en el sector de salud federal**  
**(23 de junio de 2003 a 15 de octubre de 2010)**

Año	Secretaría de Salud				Cofepris / Conamed				Sistema DIF				Laboratorios y hospitales				Instituto Nacional de Cancerología				Institutos nacionales				Total
	C	M	R	S	C	M	R	S	C	M	R	S	C	M	R	S	C	M	R	S	C	M	R	S	
2003	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
2004	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
2005	0	7	4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	19
2006	0	3	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	16
2007	2	10	6	4	0	1	3	1	0	3	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	9	2	9	56
2008	4	5	2	3	0	1	1	0	7	9	2	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	45
2009	4	11	1	5	0	1	2	4	0	0	0	0	1	4	1	3	0	17	3	2	2	4	4	4	73
2010	0	3	3	7	0	0	0	6	0	1	1	1	0	1	0	2	4	7	3	3	0	0	1	6	49
Total	10	41	17	23	0	4	7	12	7	14	3	9	1	12	2	5	4	26	6	5	4	17	12	23	264

Siglas: C: "confirma", únicamente las confirmaciones con instrucción de entrega; M: "modifica"; R: "revoca", y S: "sobreseimiento".

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

Así, para un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 4.98%, la muestra arrojó un total de 264 recursos, mismos que aparecen en el cuadro 2.1, divididos por tipo de sujeto obligado y de acuerdo con la resolución emitida por el Instituto.<sup>8</sup>

Se debe anotar que debido al elevado número de dependencias y entidades que integran el sector de salud federal se consideró conveniente agruparlas en un menor número de sujetos obligados, tal como aparecen

8. Cabe destacar que de los 264 expedientes de los recursos de revisión que se muestran en el cuadro 2.1, un total de 204 corresponden a recursos que no acumularon a ningún otro; 20 a recursos donde se acumularon otros, y 40 a recursos que se acumularon en otros recursos (véase la variable ACU del Anexo 1). El Pleno del IFAI utiliza con frecuencia la acumulación de expedientes, en particular si el tema

en el cuadro 2.1 (y en los cuadros subsiguientes), con el objeto de facilitar el análisis de los recursos de revisión.

Así, se llevaron a cabo las siguientes recodificaciones para los sujetos obligados del sector de salud federal: en una misma categoría se agruparon la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed); en la categoría de “Laboratorios y hospitales” se integró a los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, SA de CV (Birmex), al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, al Hospital General de México y al Hospital Infantil de México “Federico Gómez”; en la categoría de “Institutos nacionales” se agruparon el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, el Instituto Nacional de Medicina Genómica, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Salud Pública. Los centros de Integración Juvenil y el Hospital Juárez de México no tuvieron recursos de revisión dentro de la muestra y por tanto no se incluyeron en el análisis. Por su parte, la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología<sup>9</sup> y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) permanecieron como categorías individuales y, por ende, no se integraron con ningún otro sujeto obligado. En los siguientes capítulos se detallan los resultados del análisis.

de las solicitudes de información que suscitaron los recursos y el fondo del asunto por resolver (la *litis*) es el mismo, así como el sujeto obligado recurrido y el recurrente. Los fundamentos legales se establecen en los artículos 71, 72 y 73 del Código Federal de Procedimientos Civiles, supletorio de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

9. Este Instituto no se agrupó dentro de la categoría de “Institutos nacionales” debido al elevado número de recursos de revisión que obtuvo en la muestra, en relación con los otros institutos de salud, lo cual ameritó analizarlo por separado.

## CLASIFICACIÓN DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN

Existen resoluciones que son relativamente sencillas de cumplir, tal como entregar un documento específico al recurrente o declarar la inexistencia de cierto tipo de información. Sin embargo, existen muchas otras que ordenan realizar una gran cantidad de acciones a la dependencia o entidad. En efecto, en una misma resolución se puede ordenar a un sujeto obligado revocar la clasificación que realizó de ciertos documentos a partir de determinados fundamentos de la Ley; entregar información específica al recurrente, y declarar la inexistencia de otros documentos. Ello se debe, por lo general, a que la solicitud de información que motivó la interposición del recurso de revisión era *compleja* en sí misma, en el sentido de que dentro de la solicitud se pedían en realidad numerosos *contenidos* de información o documentos.

Esta situación es cada vez más común en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG o Ley). En la medida en que los usuarios de la Ley van conociendo mejor

tanto los alcances de ella como los instrumentos para acceder a la información pública, las solicitudes de información se vuelven más amplias y, por tanto, las resoluciones a los recursos de revisión deben atender, en promedio, a mayores contenidos de información dentro de cada solicitud sobre los cuales se queja el ciudadano.

Tomando en cuenta estas consideraciones, y con el objeto de establecer en qué áreas de la salud se ha tenido un efecto importante a partir del ejercicio de la Ley, el análisis de las resoluciones del presente estudio se enfoca en dos elementos informativos: la solicitud de información que motivó el recurso de revisión y la instrucción o notificación precisa donde se establece qué tipo de documento o información deberá entregar o qué tipo de acción deberá realizar el sujeto obligado para cumplir con los resolutiveos del recurso de revisión. A continuación se detalla el tratamiento que se dio a estos dos elementos de información contenidos en los recursos de revisión.

## **Temas de las solicitudes de información**

Las solicitudes de información se clasificaron por temas o categorías. Se hizo un esfuerzo por tratar de clasificar a cada solicitud dentro de una categoría única de información. Ello representó un reto importante. Como ya se ha mencionado, existen solicitudes que se componen de múltiples contenidos de información, y en ocasiones un contenido de información se relaciona con un tema particular —digamos un asunto administrativo—, mientras que otro tiene que ver con un tema totalmente distinto. Y todo dentro de una misma solicitud. Sin embargo, en la gran mayoría de las solicitudes es posible identificar un tema central que motivó su envío,<sup>1</sup> y por ello se analizó de manera cuidadosa cada una de ellas, a fin de

1. Desde luego, interpretar la motivación última e inequívoca de una solicitud de información no es posible, por más categorías de información que se establezcan. En realidad, el motivo que tiene un solicitante para pedir determinada información al gobierno solo lo conoce él.

determinar su categoría más adecuada de clasificación. Esto incrementó el número de categorías, pero otorgó, a la vez, más precisión al análisis.

En aquellos casos donde no fue posible clasificar a una solicitud dentro de una sola categoría, ya fuese porque los contenidos de información solicitados eran por completo ajenos unos de otros o porque no era posible determinar, de manera razonablemente objetiva, una categoría única, se determinó clasificarla en más de una categoría. Sin embargo, solo 48 recursos de un total de 264 se clasificaron en dos categorías, y ninguno en tres o más.<sup>2</sup> En todos esos recursos se intentó colocar en la primera categoría de clasificación el tema con el que la solicitud estuviese más relacionada, o que atendiese al primer contenido de información en aquellas solicitudes que tuvieran dos o más contenidos apuntando a temas muy distintos entre sí.

Así, se identificaron al menos 28 categorías o temas de información. En el cuadro 3.1 se presenta cada una de ellas.

En el Anexo 1 se da cuenta, por cada recurso de revisión, de la categoría dentro de la cual se clasificó la solicitud de información que motivó su interposición ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) (véase la variable TSOL1).

### **Instrucciones del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos contenidas en las resoluciones de los recursos de revisión**

Los recursos de revisión también se clasificaron por categorías, dependiendo de la acción o instrucción principal que el IFAI hubiera ordenado realizar al sujeto obligado. La clasificación que se utiliza es distinta a la que otorga de manera *oficial* el Instituto a los recursos de revisión, que puede confirmar, revocar, modificar o sobreseer la decisión del Comité de Información del sujeto obligado, según lo establecido en las fracciones I,

2. Véanse las variables TSOL1 y TSOL2 del Anexo 1.

**Cuadro 3.1**  
**Temas para la clasificación de las solicitudes de información**

Concepto	Descripción
1. Compras, contratos, licitaciones	Información sobre compras realizadas por las dependencias o entidades, así como aquella relacionada con contratos celebrados por las mismas con otros entes organizacionales, por lo general empresas o proveedores externos. En esta categoría también se colocaron todas las solicitudes cuyo tema de interés principal estuviese relacionado con licitaciones públicas.
2. Expedientes clínicos o información contenida en estos	Tiene que ver con solicitudes de información donde se solicita de manera específica el expediente clínico de un paciente.
3. Datos de funcionarios o exfuncionarios	Se refiere a solicitudes de información de muy diversa índole sobre funcionarios o exfuncionarios públicos. Suelen ser solicitudes que proporcionan el nombre del funcionario o exfuncionario de quien se desea conocer algún tipo de información: actividades, agenda de trabajo, características de su puesto y desempeño, toma de decisiones, entre otras. También aquí se clasifican solicitudes sobre funcionarios o exfuncionarios de gobierno que desempeñan o desempeñaron cierto tipo de actividades o que se encuentran en cierto rango administrativo (por ejemplo, directores generales), sin que por fuerza se proporcionen sus nombres por parte del solicitante de información.
4. Datos o expedientes personales	Se refiere a la solicitud de documentos que contengan datos personales del recurrente. Es importante señalar que en esta categoría están no solo las solicitudes de acceso a datos personales que se convirtieron en recursos sino también las solicitudes de acceso a la información que derivaron en recursos de revisión y a las que el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) les dio tratamiento de datos personales por la naturaleza de la información solicitada (excluyendo los expedientes clínicos).
5. Documentos administrativos	Tiene que ver con información de tipo administrativo del sujeto obligado, por lo general relacionada con envíos de documentos internos o información acerca de procesos o servicios de las dependencias o entidades.
6. Documentos institucionales	Se refiere a temas relacionados con la gestión, planeación o comunicación de la dependencia o entidad, así como a su relación con otras agencias de la Administración Pública Federal. En esta categoría se incluyen los documentos de tipo normativo relacionados con la dependencia o entidad —mas no con los programas de salud— tales como convenios, reglamentos y manuales.
7. Donativos y entrega de recursos a organismos sociales o civiles	Información sobre donaciones o recursos otorgados a organismos civiles, sociales, o de tipo no gubernamental.
8. Estadísticas sobre enfermedades y emergencias de salud	Se refiere a solicitudes donde se piden datos o estadísticas sobre enfermedades específicas o brotes o emergencias de salud decretadas por alguna autoridad competente.
9. Estadísticas, estudios e investigaciones del sector salud	Todo tipo de solicitudes que pidan datos, estadísticas, estudios, investigaciones o información numérica relacionada con algún tema general de salud, incluyendo bases de datos.
10. Evaluación de programas de salud o asistencia social	Se refiere a información relacionada con la evaluación de los programas de salud o asistencia social.

Concepto	Descripción
11. Gastos en comunicación social	Información relativa a los gastos ejercidos en comunicación social por parte de las dependencias o entidades.
12. Información económica de productos o servicios de salud	Se refiere a la solicitud de datos relacionados con precios, volúmenes de ventas y en general cualquier información económica sobre insumos, productos o servicios de salud de dependencias o entidades.
13. Información sobre efectos de sustancias para la salud y el medio ambiente	Son solicitudes donde se pide información sobre los efectos de sustancias o medicamentos en la salud de las personas, o sus posibles impactos sobre el medio ambiente.
14. Información sobre programas de salud o asistencia social	Información general de algún o algunos programas de salud o asistencia social, tales como requisitos para recibir beneficios, trámites generales, localización de oficinas, información sobre proyectos, calendarios, etcétera.
15. Información sobre convocatorias o exámenes y sus resultados	Información de todo tipo sobre el resultado de convocatorias o exámenes emitidos por las dependencias o entidades, con frecuencia relacionadas con la aprobación de recursos para financiar proyectos dentro de distintos programas, o la admisión a institutos u hospitales del sector salud.
16. Instalaciones, inmuebles, hospitales	Tiene que ver con información acerca de los bienes inmuebles o instalaciones de las dependencias o entidades del sector salud, incluyendo hospitales.
17. Información sobre materiales y equipos médicos o compañías que los fabrican	Se refiere a solicitudes que se relacionan con información sobre materiales y equipos médicos (incluyendo mobiliario) de las dependencias o entidades, así como las empresas fabricantes de los mismos.
18. Información sobre enfermedades y emergencias de salud	Son solicitudes donde se pide información con carácter explicativo, orientativo, de atención o de recomendación, que ayude a entender o prevenga cómo responder ante distintas enfermedades y emergencias de salud.
19. Personal y recursos humanos	Todo tipo de información relacionada con datos, políticas, nombramientos, despidos, acciones, programas o desempeño del personal de las dependencias o entidades. Se incluye información sobre concursos de plazas.
20. Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos	Se refiere a la información relacionada con el presupuesto o gasto por parte de las unidades administrativas de las dependencias o entidades en general, así como la información relativa a recursos monetarios o montos entregados o ejercidos en el marco de los programas de gobierno.
21. Registros, licencias o verificaciones sanitarias	Son solicitudes que tratan cualquiera de estos temas.
22. Supervisión de organismos sociales o civiles	Se refiere a solicitudes que piden información sobre la supervisión que alguna dependencia o entidad haya hecho a organismos sociales o civiles.
23. Trámites, servicios o quejas	Se relaciona con solicitudes de información sobre algún trámite o servicio que proporcione o se presuma que otorga alguna dependencia o entidad, así como quejas de los ciudadanos en relación con dichos trámites o servicios.

**Cuadro 3.1**  
**Continuación**

Concepto	Descripción
24. Viajes de funcionarios públicos	Se refiere a solicitudes que piden cualquier tipo de información relacionada con viajes de funcionarios públicos.
25. Expedientes o información sobre quejas médicas	Tiene que ver con solicitudes donde se requiere de manera específica algún expediente o información sobre quejas médicas.
26. Información sobre medicamentos o sus compañías fabricantes	Todo tipo de información sobre medicamentos y las empresas que los fabrican.
27. Información sobre manejo de muestras o residuos de laboratorio	Se refiere a solicitudes donde se pide información sobre cualquiera de estos dos temas.
28. Información sobre Normas Oficiales Mexicanas (NOM) o normas de salud	Son solicitudes de todo tipo donde se pide información o datos sobre alguna NOM u otra norma o ley relacionada con cualquier tema de salud.

II y III del artículo 56 de la LFTAIPG. En su lugar, el análisis más a detalle de los recursos de revisión permite aumentar esos criterios de clasificación y centrarse en las acciones precisas que ordena realizar el Instituto en sus recursos, y que para propósitos de esta investigación se agruparon en las siguientes categorías:

1. Entrega directa. Se instruye al sujeto obligado a entregar la información solicitada (por ejemplo, relacionada con lo que el solicitante pidió en su solicitud de información original).
2. Versión pública. Se instruye al sujeto obligado a entregar una versión pública de los documentos que contienen la información solicitada.<sup>3</sup>
3. En una versión pública de un documento se permite al sujeto obligado suprimir (por lo general, mediante tachaduras) la información que considere como reservada o confidencial, y que por tanto no sea susceptible de divulgarse públicamente, según los artículos del capítulo III de la LFTAIPG.

3. Búsqueda exhaustiva. Se ordena al sujeto obligado realizar una búsqueda exhaustiva de la información solicitada dentro de sus archivos. En caso de encontrarla, se ordena su entrega, de ser el caso, mediante una versión pública. En caso contrario, se ordena declarar la inexistencia de la información.
4. Acceso condicionado. Se instruye al sujeto obligado a realizar alguna de las siguientes acciones:
  - a. Notificar al recurrente las modalidades en que la información estará disponible.
  - b. Notificar al recurrente los costos de entrega de la información.
  - c. Orientar o hacer del conocimiento del recurrente el lugar y la forma en que puede consultar, encontrar, reproducir, adquirir o acceder a la información solicitada.
  - d. Se ordena al sujeto obligado a publicar la información en la página de la Internet del portal de obligaciones de transparencia.
  - e. Notificar al recurrente que la información estará disponible siempre que acredite ser titular de los datos o su representante legal.
5. Inexistencia. Se instruye al sujeto obligado a declarar la inexistencia de la información solicitada.
6. Se sobresee. Se ordena el sobreseimiento del recurso de revisión.

Al igual que con las solicitudes que motivaron la interposición de los recursos de revisión, se realizó un esfuerzo por clasificar a cada recurso en una categoría única de instrucción, de las seis que se acaban de describir. Como ya se ha comentado, un gran número de solicitudes que terminan en recursos de revisión tienen más de un contenido de información, y por ello el Pleno del IFAI ordena, con frecuencia, realizar acciones muy distintas dentro de una misma resolución, todas ellas relacionadas con una o varias de las seis categorías anteriores. Esto representó otro reto

importante para el estudio, puesto que en muchas resoluciones no resultaba tan obvio cuál era la instrucción *principal* de la resolución, de entre varias instrucciones contenidas en ella.

Por esta razón, para realizar la clasificación correspondiente de aquellos recursos que se pronunciaban sobre más de un contenido de información, se tuvieron que adoptar varios criterios de decisión. El principio rector de estos criterios fue el de *máxima entrega*. Es decir, se privilegió la clasificación de los recursos según su capacidad para entregar la mayor cantidad de información al recurrente *según lo manifestado en su solicitud original*. En este sentido, se establecieron tres criterios, descritos a continuación por orden de importancia:

- Criterio 1. Si una resolución contenía varias instrucciones para el sujeto obligado, pero al menos una de ellas tenía que ver con la entrega de documentos que estuviesen relacionados de manera directa con los contenidos de información de la solicitud original, el recurso de revisión se clasificó dentro de la categoría 1 o 2, dependiendo de si se ordenaba o no la elaboración de una versión pública del documento. En caso de que se ordenara tanto la entrega de un documento de manera íntegra (categoría 1) como una versión pública de otro documento (categoría 2), el recurso se clasificó dentro de la categoría 1.
- Criterio 2. Las resoluciones que no cumplieran con lo establecido en las categorías 1 o 2 (entrega de información o elaboración de versión pública) se clasificaron en las categorías restantes, siguiendo un orden de importancia de menor a mayor número de categoría para cuando hubiese varias instrucciones para el sujeto obligado, y solo bajo el supuesto de que al menos una de las instrucciones se relacionara con los contenidos de información de la solicitud original. Así, en el caso de una resolución que ordenase tanto la búsqueda exhaustiva de un

documento como la declaración de inexistencia de otro documento, el recurso se clasificó dentro de la categoría 3, relativa a la búsqueda de información.

- Criterio 3. Si una resolución contenía instrucciones que tuviesen que ver con la entrega de documentos al recurrente, íntegros o en versión pública, pero que no estuviesen relacionados de manera directa con los contenidos de información de la solicitud original, el recurso de revisión se clasificó dentro de las categorías 1 o 2 solo si no existía otra instrucción relacionada con los contenidos de información de la solicitud original, en cuyo caso se siguió el orden establecido en el criterio 2. Por ejemplo, en algunos recursos se ordena la entrega de algún oficio o documento que informa al recurrente sobre cierto proceso o acción realizado por el sujeto obligado, a partir del cual se pueden obtener datos sobre el paradero de algún contenido de la información que busca. Pero en realidad no se está instruyendo la entrega de un documento relacionado con la información de interés para el recurrente. Por otro lado, en ese mismo recurso puede existir una orden para que el sujeto obligado realice una búsqueda exhaustiva de un documento que sí se relacione con algún contenido de información de la solicitud original. Según el criterio aplicado, dicho recurso se clasificaría dentro de la categoría 3, y no la 1.

En general, el seguimiento de estos tres criterios resultó suficiente para clasificar los recursos de revisión de manera casi inequívoca. En el Anexo 1 (variable INST), se presentan las categorías (1 a 6) bajo las que se clasificaron los recursos de revisión de acuerdo con la instrucción principal contenida en la resolución.



# EL ALCANCE DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A TRAVÉS DE LOS RECURSOS DE REVISIÓN

El capítulo anterior da cuenta de cómo se clasificó cada recurso de revisión de la muestra según dos variables de importancia: el tema de la solicitud de información original que motivó, en último término, la interposición del recurso de revisión por parte del recurrente, y la instrucción del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) contenida en la resolución de cada recurso, donde se establecen las acciones que debe realizar el sujeto obligado para dar cumplimiento a dicha resolución. Con esta información, este capítulo presenta un análisis más a detalle que permita delinear el impacto que han tenido los recursos de revisión del sector de salud federal.

## Asuntos informativos transparentados a partir de las resoluciones de los recursos de revisión

Los cuadros 4.1 y 4.2 muestran, de manera agregada, la influencia que ha ejercido la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG o Ley) y la labor del IFAI en el sector de salud federal. Las cifras se refieren a la instrucción principal contenida en las resoluciones que realiza el Instituto dentro de los recursos de revisión. Como se puede observar en el cuadro 4.1, 25% de las resoluciones instruye la entrega directa de información, mientras que 10% ordena la entrega de una versión pública. Es decir, en 35% de los recursos de revisión (RR) el IFAI ordenó la entrega de algún tipo de documento relacionado de manera directa con las solicitudes de información originales.

Mención aparte merece el caso de los sobreseimientos, ya que si bien en este tipo de resolución el IFAI no ordena al sujeto obligado la entrega de información, ello no quiere decir que no haya habido alguna entrega en el proceso iniciado con motivo de la interposición del recurso de revisión. En efecto, de los 77 sobreseimientos que aparecen en el cuadro 4.1 (29%), 63 se debieron a que la información solicitada fue entregada durante el proceso de resolución del recurso. Asimismo, cuatro sobreseimientos de esos 77 se debieron a que el recurrente se desistió del recurso interpuesto, dos a que se superó el plazo máximo de 15 días hábiles para interponer el recurso de revisión,<sup>1</sup> y ocho a que el recurso se consideró improcedente.<sup>2</sup>

Los sobreseimientos ponen de manifiesto dos cuestiones. Primero, que las dependencias o entidades quizá habrían podido responder al solicitante con la entrega de información desde el momento mismo en que recibieron la solicitud, lo cual evidentemente no sucedió. Y segundo, que una vez

1. Según lo que establece el artículo 49 de la LFTAIPG.

2. Véase la variable SOB del Anexo 1.

**Cuadro 4.1**  
**Instrucción principal contenida en las resoluciones**  
**de los recursos de revisión del sector salud**

Instrucción del IFAI	Número de RR	%
Entrega directa	65	24.6
Versión pública	27	10.2
Búsqueda exhaustiva	54	20.5
Acceso condicionado	22	8.3
Declaración de inexistencia	19	7.2
Se sobresee	77	29.2
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

**Cuadro 4.2**  
**Instrucción principal (excluyendo sobreseimientos)**  
**contenida en las resoluciones de los recursos de revisión del sector salud**

Instrucción del IFAI	Número de RR	%
Entrega directa	65	34.8
Versión pública	27	14.4
Búsqueda exhaustiva	54	28.9
Acceso condicionado	22	11.8
Declaración de inexistencia	19	10.2
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia con base en datos del Anexo 1.

que el solicitante decidió recurrir la respuesta del sujeto obligado cuando este no satisfizo los requerimientos de aquel, el hecho de que se notificara al sujeto obligado la interposición de un recurso de revisión ocasionó que este se decidiera a realizar un esfuerzo adicional para responder con la entrega de información. Así lo evidencian las cifras que se acaban de mostrar, ya que en 63 de los 77 sobreseimientos se entregó al recurrente la información originalmente solicitada, lo cual representa 24% de los recursos de la muestra analizados para el sector de salud federal (264, según se aprecia en el propio cuadro 4.1). En este sentido, se puede afirmar que no solo la resolución sino el proceso mismo que se desata al interponerse un recurso de revisión y su posterior desahogo constituyen piezas de política pública que mueven a la acción a dependencias y entidades en materia de transparencia y acceso a la información.

Por otro lado, como se puede observar en el cuadro 4.2, la cifra de entregas directas y versiones públicas aumenta a 49% cuando solo se consideran los recursos que tienen que ver con acciones que implican la entrega de algún tipo de información a partir de la resolución del Instituto (es decir, cuando se excluyen los 77 recursos relativos a los sobreseimientos que aparecen en el cuadro 4.1). El mismo cuadro 4.2 refleja que en 29% de los RR se instruyó la búsqueda exhaustiva de información, y solo en el 22% restante se ordenó alguna acción que no implicó la entrega o búsqueda de información de manera inmediata o relacionada con los intereses del solicitante, ya sea porque su acceso había sido *condicionado* o porque se ordenó declarar la inexistencia de algún documento. Sin embargo, es pertinente aclarar que en el caso de los recursos de revisión clasificados como de acceso condicionado (12%) por lo general está implícita la entrega de información, al requerir al recurrente que cumpla algún requisito para poder concretar la entrega, tal como el pago de los costos que implica la reproducción de la información que solicitó.<sup>3</sup>

3. Véanse las distintas categorías de la variable ACC del Anexo 1.

Los cuadros 4.3 y 4.4 muestran la distribución de los temas de salud desprendidos de las solicitudes de información que motivaron los recursos de revisión, según el tipo de instrucción principal contenida en las resoluciones del Instituto. En el primero de estos cuadros se incluyen los sobreseimientos, mientras que en el segundo se excluye esta categoría. En este último caso (cuadro 4.4), se pueden apreciar, de manera temática, los efectos que los resolutivos del IFAI han tenido en materia de transparencia dentro del sector de salud federal. Así, el tema de mayor interés contenido en los RR fue el de personal y recursos humanos, con 21% del total, seguido del tema de datos de funcionarios o exfuncionarios, con 13%.

La categoría de personal y recursos humanos también fue la que mayor proporción tuvo de instrucciones de entrega de información, con 20% del total relativo a las entregas, porcentaje idéntico al obtenido por el tema de datos de funcionarios y exfuncionarios, seguido del tema de estadísticas, estudios e investigaciones del sector salud, con 9%. Para la categoría de búsquedas exhaustivas de información, el tema de compras, contratos y licitaciones fue el de mayor porcentaje, con 19%. Por otro lado, 18% de los accesos condicionados a la información gubernamental se refieren a recursos con solicitudes relativas al personal y recursos humanos, y 16% de las declaraciones de inexistencia tienen que ver con documentos administrativos.

Para analizar la información bajo otro enfoque, las 28 categorías o temas de las solicitudes de información, que fueron objeto de análisis en los cuadros 4.3 y 4.4, se recodificaron en las siguientes ocho grandes categorías o temas generales:

1. Gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades.
2. Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos públicos en salud.
3. Gestión y evaluación de proyectos, programas y convocatorias de salud o asistencia social.
4. Información sobre funcionarios o exfuncionarios.

### Cuadro 4.3

#### Tema de la solicitud de información original por tipo de instrucción principal contenida en las resoluciones

Tema de la solicitud de información	Entrega		Versión pública		Búsqueda exhaustiva		Acceso condicionado		Declaración de inexistencia		Se sobresee		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1. Compras, contratos, licitaciones	2	3.1	0	.0	10	18.5	0	.0	2	10.5	11	14.3	25	9.5
2. Expedientes clínicos o información contenida en estos	0	.0	1	3.7	1	1.9	3	13.6	1	5.3	1	1.3	7	2.7
3. Datos de funcionarios o exfuncionarios	13	20.0	7	25.9	1	1.9	2	9.1	2	10.5	6	7.8	31	11.7
4. Datos o expedientes personales	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	1.3	1	.4
5. Documentos administrativos	5	7.7	0	.0	5	9.3	3	13.6	3	15.8	3	3.9	19	7.2
6. Documentos institucionales	0	.0	1	3.7	3	5.6	0	.0	2	10.5	7	9.1	13	4.9
7. Donativos y entrega de recursos a organismos sociales o civiles	0	.0	0	.0	0	.0	1	4.5	0	.0	0	.0	1	.4
8. Estadísticas sobre enfermedades y emergencias de salud	3	4.6	0	.0	6	11.1	0	.0	1	5.3	8	10.4	18	6.8
9. Estadísticas, estudios e investigaciones del sector salud	6	9.2	0	.0	1	1.9	0	.0	1	5.3	4	5.2	12	4.6
10. Evaluación de programas de salud o asistencia social	1	1.5	0	.0	1	1.9	1	4.5	0	.0	2	2.6	5	1.9
11. Gastos en comunicación social	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	1.3	1	.4
12. Información económica de productos o servicios de salud	1	1.5	0	.0	2	3.7	0	.0	0	.0	1	1.3	4	1.5
13. Información sobre efectos de sustancias para la salud y el medio ambiente	2	3.1	1	3.7	1	1.9	1	4.5	0	.0	0	.0	5	1.9
14. Información sobre programas de salud o asistencia social	0	.0	0	.0	3	5.6	0	.0	0	.0	2	2.6	5	1.9
15. Información sobre convocatorias o exámenes y sus resultados	4	6.2	0	.0	1	1.9	0	.0	0	.0	2	2.6	7	2.7

Tema de la solicitud de información	Entrega		Versión pública		Búsqueda exhaustiva		Acceso condicionado		Declaración de inexistencia		Se sobresec		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
16. Instalaciones, inmuebles, hospitales	1	1.5	0	.0	3	5.6	0	.0	2	10.5	3	3.9	9	3.4
17. Información sobre materiales y equipo médicos o compañías que los fabrican	1	1.5	0	.0	3	5.6	0	.0	0	.0	2	2.6	6	2.3
18. Información sobre enfermedades de salud	0	0.0	0	.0	1	1.9	1	4.5	0	.0	1	1.3	3	1.1
19. Personal y recursos humanos	13	20.0	12	44.4	8	14.8	4	18.2	2	10.5	3	3.9	42	15.9
20. Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos	4	6.2	0	.0	2	3.7	2	9.1	0	.0	6	7.8	14	5.3
21. Registros, licencias o verificaciones sanitarias	0	.0	1	3.7	0	.0	0	.0	0	.0	6	7.8	7	2.7
22. Supervisión de organismos sociales o civiles	1	1.5	1	3.7	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	2	.8
23. Trámites, servicios o quejas	0	.0	0	.0	1	1.9	0	.0	0	.0	1	1.3	2	.8
24. Viajes de funcionarios públicos	1	1.5	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	1.3	2	.8
25. Expedientes o información sobre quejas médicas	1	1.5	1	3.7	0	.0	3	13.6	0	.0	2	2.6	7	2.7
26. Información sobre medicamentos o sus compañías fabricantes	1	1.5	2	7.4	1	1.9	1	4.5	2	10.5	2	2.6	9	3.4
27. Información sobre manejo de muestras o residuos de laboratorio	1	1.5	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	.4
28. Información sobre Normas Oficiales Mexicanas (NOM) o normas de salud	4	6.2	0	.0	0	.0	0	.0	1	5.3	1	1.3	6	2.3
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>264</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

Cuadro 4.4

Tema de la solicitud de información original por tipo de instrucción principal  
(excluyendo sobreseimientos) contenida en las resoluciones

Tema de la solicitud de información	Entrega		Versión pública		Búsqueda exhaustiva		Acceso condicionado		Declaración de inexistencia		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1. Compras, contratos, licitaciones	2	3.1	0	.0	10	18.5	0	.0	2	10.5	14	7.5
2. Expedientes clínicos o información contenida en estos	0	.0	1	3.7	1	1.9	3	13.6	1	5.3	6	3.2
3. Datos de funcionarios o exfuncionarios	13	20.0	7	25.9	1	1.9	2	9.1	2	10.5	25	13.4
4. Datos o expedientes personales	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
5. Documentos administrativos	5	7.7	0	.0	5	9.3	3	13.6	3	15.8	16	8.6
6. Documentos institucionales	0	.0	1	3.7	3	5.6	0	.0	2	10.5	6	3.2
7. Donativos y entrega de recursos a organismos sociales o civiles	0	.0	0	.0	0	.0	1	4.5	0	.0	1	.5
8. Estadísticas sobre enfermedades y emergencias de salud	3	4.6	0	.0	6	11.1	0	.0	1	5.3	10	5.3
9. Estadísticas, estudios e investigaciones del sector salud	6	9.2	0	.0	1	1.9	0	.0	1	5.3	8	4.3
10. Evaluación de programas de salud o asistencia social	1	1.5	0	.0	1	1.9	1	4.5	0	.0	3	1.6
11. Gastos en comunicación social	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
12. Información económica de productos o servicios de salud	1	1.5	0	.0	2	3.7	0	.0	0	.0	3	1.6
13. Información sobre efectos de sustancias para la salud y el medio ambiente	2	3.1	1	3.7	1	1.9	1	4.5	0	.0	5	2.7
14. Información sobre programas de salud o asistencia social	0	.0	0	.0	3	5.6	0	.0	0	.0	3	1.6
15. Información sobre convocatorias o exámenes y sus resultados	4	6.2	0	.0	1	1.9	0	.0	0	.0	5	2.7
16. Instalaciones, inmuebles, hospitales	1	1.5	0	.0	3	5.6	0	.0	2	10.5	6	3.2

Tema de la solicitud de información	Entrega		Versión pública		Búsqueda exhaustiva		Acceso condicionado		Declaración de inexistencia		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
17. Información sobre materiales y equipos médicos o compañías que los fabrican	1	1.5	0	.0	3	5.6	0	.0	0	.0	4	2.1
18. Información sobre enfermedades y emergencias de salud	0	.0	0	.0	1	1.9	1	4.5	0	.0	2	1.1
19. Personal y recursos humanos	13	20.0	12	44.4	8	14.8	4	18.2	2	10.5	39	20.9
20. Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos	4	6.2	0	.0	2	3.7	2	9.1	0	.0	8	4.3
21. Registros, licencias o verificaciones sanitarias	0	.0	1	3.7	0	.0	0	.0	0	.0	1	.5
22. Supervisión de organismos sociales o civiles	1	1.5	1	3.7	0	.0	0	.0	0	.0	2	1.1
23. Trámites, servicios o quejas	0	.0	0	.0	1	1.9	0	.0	0	.0	1	.5
24. Viajes de funcionarios públicos	1	1.5	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	.5
25. Expedientes o información sobre quejas médicas	1	1.5	1	3.7	0	.0	3	13.6	0	.0	5	2.7
26. Información sobre medicamentos o sus compañías fabricantes	1	1.5	2	7.4	1	1.9	1	4.5	2	10.5	7	3.7
27. Información sobre manejo de muestras o residuos de laboratorio	1	1.5	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	1	.5
28. Información sobre NOM o normas de salud	4	6.2	0	.0	0	.0	0	.0	1	5.3	5	2.7
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

5. Estadísticas, datos, estudios e investigaciones sobre enfermedades, emergencias o temas de salud.
6. Información sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes.
7. Normatividad y regulación sobre temas de salud.
8. Datos personales y expedientes clínicos o de quejas médicas.

Así, en la primera categoría general se incluyó a las categorías originales 1, 5, 6, 11, 12, 16, 19, 23 y 27; en la segunda, se incluyó a la 7 y 20; en la tercera, a la 10, 14, 15 y 22; en la cuarta, a la 3 y 24; en la quinta, a la 8, 9, 13 y 18; en la sexta, a la 17 y 26; en la séptima, a la 21 y 28, y en la octava, a la 2, 4 y 25. Aun cuando no existió una regla precisa e inequívoca para establecer los criterios de recodificación de las categorías originales en estas ocho categorías generales, se puede afirmar que la propuesta de estas resultó suficiente para colocar en ellas, de manera razonable, la gran variedad de temas que representó la clasificación de las solicitudes de información en las 28 categorías originales.

Ahora bien, los análisis que se llevan a cabo en seguida, a partir de esta recodificación, excluyen la categoría general 8, relativa a los recursos de revisión sobre datos personales y expedientes clínicos o de quejas médicas, debido a que en este tipo de recursos, en sentido estricto, la información que se ordena entregar (en su caso) no es de acceso público. Con ello, el número de recursos analizados se redujo a 176 casos, tomando en cuenta que también se excluyeron los recursos con instrucciones de sobreseimiento (véase el cuadro 4.1).<sup>4</sup>

Hecha esta recodificación, el cuadro 4.5 presenta los resultados de cruzar la instrucción principal de las resoluciones de los RR con estos

4. Del total de recursos de la muestra (264), 77 tuvieron instrucciones de sobreseimiento, lo cual dejaría la muestra en 187 casos (los recursos utilizados para los análisis de los cuadros 4.2 y 4.4); de estos, se dejaron fuera los 11 recursos de la categoría general 8, relativos a datos personales y expedientes clínicos o de quejas médicas, lo que dejó en 176 los recursos para analizarse.

Cuadro 4.5

## Instrucción principal de las resoluciones por tema general de la solicitud de información

Instrucción	Gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades		Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos públicos en salud		Gestión y evaluación de proyectos, programas y convocatorias de salud o asistencia social		Funcionarios o exfuncionarios		Estadísticas, datos, estudios e investigaciones sobre enfermedades, emergencias o temas de salud		Información sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes		Normatividad y regulación sobre temas de salud		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Entrega	23	26.7	4	44.4	6	46.2	14	53.8	11	44.0	2	18.2	4	66.7	64	36.4
Versión pública	13	15.1	0	.0	1	7.7	7	26.9	1	4.0	2	18.2	1	16.7	25	14.2
Búsqueda exhaustiva	32	37.2	2	22.2	5	38.5	1	3.8	9	36.0	4	36.4	0	.0	53	30.1
Acceso condicionado	7	8.1	3	33.3	1	7.7	2	7.7	2	8.0	1	9.1	0	.0	16	9.1
Declaración de inexistencia	11	12.8	0	.0	0	.0	2	7.7	2	8.0	2	18.2	1	16.7	18	10.2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

siete grandes temas generales de las solicitudes de información. Como se puede apreciar, 67% de los RR relativos a la categoría de normatividad y regulación sobre temas de salud tuvo instrucción de entrega directa, y este porcentaje disminuye para el resto de los temas, siendo el de información sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes el que menor porcentaje de entrega directa tuvo (18%). Por el contrario, en 39% de los RR con temas relacionados a la gestión y evaluación de proyectos, programas y convocatorias de salud o asistencia social se ordenó la búsqueda exhaustiva de información, lo que contrasta con el tema de normatividad y regulación sobre temas de salud, que no tuvo ninguna orden en este sentido. Por otro lado, resalta el hecho de que en 18% de los RR sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes se

haya ordenado la declaración de inexistencia de la información solicitada, ya que representa la cifra más alta en materia de inexistencias para todos los temas generales de las solicitudes de información.

Un aspecto relevante del cuadro 4.5 es que los temas que supondrían una entrega elevada de información, tales como la gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades, o la información relativa a medicamentos, materiales y equipos médicos, son los que presentaron menores porcentajes de entrega directa, con 27 y 18%, respectivamente. Llama aún más la atención el hecho de que los mayores números de declaraciones de inexistencia se dieron también en estas dos categorías, con 13% y 18%, respectivamente, acompañados del tema de la normatividad y regulación sobre temas de salud, con 17%, ya que por lo regular son recursos donde los solicitantes requieren información de tipo administrativo que en principio no supondría mayores problemas para ser entregada.

Por su parte, en los cuadros 4.6 y 4.7 se analiza la relación entre el tipo de sujeto obligado y las instrucciones de las resoluciones, así como entre aquel y los temas de las solicitudes de información que motivaron los RR, respectivamente. En el primer caso (cuadro 4.6), resulta notorio el contraste de las cifras para la entrega de información. Mientras que la Cofepris / Conamed y los laboratorios y hospitales igualan o superan el 50% de RR con entrega directa, el resto de las dependencias y entidades del sector salud tiene porcentajes cercanos o menores a 40%. Este último resultado, sin embargo, se ve compensado parcialmente por la entrega de versiones públicas, que en entidades como el Instituto Nacional de Cancerología alcanzó la cifra de 36%. Si se toma en cuenta a todas las dependencias y entidades del sector, en conjunto superan 50% de entregas de información, ya sea de manera directa o en versiones públicas.

El cuadro 4.7 muestra cómo existe cierto dominio entre algunos temas generales de las solicitudes de información y el tipo de sujeto obligado al que son dirigidas. El caso más llamativo es el del Instituto Nacional de Cancerología, ya que 92% de los RR interpuestos en su contra tuvo

**Cuadro 4.6**  
**Instrucción principal de las resoluciones por tipo de sujeto obligado**

Instrucción	Secretaría de Salud		Cofepris / Conamed		Sistema DIF		Laboratorios y hospitales		Instituto Nacional de Cancerología		Institutos nacionales		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Entrega	26	38.2	3	50.0	10	41.7	8	53.3	9	25.0	8	29.6	64	36.4
Versión pública	6	8.8	1	16.7	1	4.2	2	13.3	13	36.1	2	7.4	25	14.2
Búsqueda exhaustiva	22	32.4	2	33.3	11	45.8	2	13.3	4	11.1	12	44.4	53	30.1
Acceso condicionado	7	10.3	0	.0	0	.0	3	20.0	6	16.7	0	.0	16	9.1
Declaración de inexistencia	7	10.3	0	.0	2	8.3	0	.0	4	11.1	5	18.5	18	10.2
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

como tema general la gestión administrativa e institucional de la entidad. De hecho, la preponderancia de este tema es característica de los institutos de salud, ya que el resto de los institutos nacionales también tuvo un alto porcentaje de RR con la misma temática (59%). En general, esta categoría fue la que dominó para todas las dependencias y entidades del sector salud, con 49% del total, seguido del tema general de información sobre funcionarios o exfuncionarios, con 15%. Por último, el tema con menor porcentaje de RR interpuestos fue el relativo a la normatividad y regulación sobre temas de salud, con 3% del total, seguido de la categoría de presupuesto, gasto y ejercicio de recursos públicos en salud, con 5%.

En suma, el análisis de las resoluciones de los recursos de revisión de esta sección (cuadros 4.1 al 4.7) da cuenta de la gran variedad de formas que adopta la información que se ordena entregar, según los temas de información de las solicitudes, las dependencias o entidades a las que se dirigen y los criterios que emplea el Pleno del Instituto para emitir sus resoluciones. Es cierto que la mitad de ellas ordena la entrega de algún tipo de información al recurrente, ya sea de forma directa o en versiones

Cuadro 4.7

## Tema general de la solicitud de información por tipo de sujeto obligado

Tema general de la solicitud	Secretaría de Salud		Cofepris / Conamed		Sistema DIF		Laboratorios y hospitales		Instituto Nacional de Cancerología		Institutos nacionales		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades	20	29.4	0	.0	11	45.8	6	40.0	33	91.7	16	59.3	86	48.9
Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos públicos en salud	7	10.3	0	.0	1	4.2	0	.0	1	2.8	0	.0	9	5.1
Gestión y evaluación de proyectos, programas y convocatorias de salud o asistencia social	10	14.7	0	.0	2	8.3	0	.0	0	.0	1	3.7	13	7.4
Información sobre funcionarios o ex funcionarios	5	7.4	0	.0	8	33.3	6	40.0	2	5.6	5	18.5	26	14.8
Estadísticas, datos, estudios e investigaciones sobre enfermedades, emergencias o temas de salud	14	20.6	4	66.7	2	8.3	2	13.3	0	.0	3	11.1	25	14.2
Información sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes	7	10.3	1	16.7	0	.0	1	6.7	0	.0	2	7.4	11	6.3
Normatividad y regulación sobre temas de salud	5	7.4	1	16.7	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	6	3.4
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

públicas, pero dichas entregas varían de manera considerable cuando, por ejemplo, se toma en cuenta el tema de la solicitud original. Así, mientras que los temas relativos a la normatividad y la regulación sanitarias presentan porcentajes muy elevados de entrega, otros que supondrían una mayor publicidad de la información arrojan porcentajes modestos, tales como la gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades. Por otro lado, los temas de mayor interés contenidos en los recursos de revisión tienen que ver con información sobre el personal y los recursos

humanos, por un lado, y los datos de funcionarios o exfuncionarios de gobierno, por el otro. Es decir, predominan los asuntos que se relacionan directamente con la acción de los sujetos responsables de la actividad cotidiana de las agencias públicas de salud.

### **Análisis de los cumplimientos de las resoluciones**

Uno de los supuestos de los que parte esta investigación es que la información que se ordena entregar a través de las resoluciones y el desahogo de los recursos de revisión termina siendo de naturaleza pública y llegando, en última instancia, al ciudadano. De este modo, se podría asumir que esa información tendría algún tipo de impacto por el simple hecho de que dejaría de estar dentro de una agencia pública para empezar a formar parte de aquella a la que cualquiera puede acceder, conocer y, eventualmente, utilizar. Por ello resulta de especial importancia analizar el grado de cumplimiento que se da a las resoluciones del Instituto de parte de los sujetos obligados.

Existen, además, otras dos razones por las que vale la pena llevar a cabo este análisis. Primero, para el ciudadano interesado en conocer la información que posee el gobierno importa no solo que la resolución al recurso de revisión que interpuso resulte favorable a sus intereses sino que en efecto sea cumplida por parte de la dependencia o entidad. De muy poco sirve que el Instituto ordene a una dependencia entregar ciertos contenidos de información si esta termina por no cumplir la orden. Y segundo, los cumplimientos representan un asunto fundamental para el IFAI, toda vez que es la autoridad en la materia de acuerdo con la Ley, y como tal debe resultar creíble para el ciudadano que lo que ordene la autoridad será respetado por los sujetos obligados.

Para analizar el cumplimiento dado a las resoluciones del Instituto, se revisaron los archivos del IFAI relacionados con esta materia para los

expedientes de 187 recursos de revisión que implicaron algún tipo de instrucción de entrega o búsqueda de información.<sup>5</sup> Por otro lado, para evaluar el grado de cumplimiento de las resoluciones, se analizó el tipo de documentación existente en los expedientes de cada recurso de revisión. En general, se verificó el tipo de evidencia documental que aportó el sujeto obligado para acreditar el cumplimiento de la resolución. Así, se establecieron dos criterios o categorías a partir de este análisis, como sigue:

1. La resolución fue cumplida en forma completa de acuerdo con las instrucciones contenidas en esta.
2. La resolución fue cumplida en forma parcial.

Es importante mencionar que los RR clasificados dentro del criterio 2 (cumplimiento parcial de la resolución) fueron aquellos que no cumplieron a cabalidad todas las instrucciones de la resolución, ya fuese porque la dependencia o entidad manifestó no ser competente para contar con la información solicitada, o incluso porque en los archivos del Instituto no existía evidencia suficiente de que la información hubiese sido entregada al recurrente, por causas no por fuerza imputables al sujeto obligado, entre otras. En este último caso, no existió la posibilidad de verificar, de manera completa, si el sujeto había cumplido todas las órdenes de la resolución.

Por otra parte, es necesario comentar que algunas búsquedas de información que ordenó el IFAI y que no derivaron en una entrega de información directa al recurrente fueron clasificadas como cumplimiento parcial. Ello no necesariamente significa una falta de cumplimiento de la resolución por parte del sujeto obligado sino que no existe evidencia suficiente en los archivos del Instituto que permita verificar su cumplimiento total. En efecto, en tales casos no se tiene acceso a mayor información que permita al IFAI conocer si las dependencias o entidades desplegaron todos los

5. De acuerdo con las cifras del cuadro 4.4.

esfuerzos necesarios para buscar y entregar información de interés para el recurrente, y de ahí que se clasifique a estos recursos con las palabras “cumplimiento parcial”, por lo cual se optó por colocarlos bajo el criterio 2, y no el 1.

El cuadro 4.8 presenta los resultados de este ejercicio. Como se puede observar, solo ocho recursos de revisión, que representaron 4.3% del total, no contaron con evidencia suficiente de que hubiesen sido cumplidos de manera satisfactoria. El resto de las resoluciones de los recursos de revisión que cuentan con evidencia documental en materia de cumplimientos dentro de los archivos del IFAI fueron cumplidas de manera completa. Ello representa, en términos generales, un grado de cumplimiento muy alto por parte de los sujetos obligados, toda vez que la evidencia disponible permite establecer que las acciones que emprendieron estuvieron encaminadas a satisfacer las instrucciones del Instituto, en la medida en que ello fue posible.

Para finalizar, en el cuadro 4.9 se muestran los resultados de un acercamiento más fino a los recursos que presentaron un cumplimiento parcial (segunda categoría del cuadro 4. 8). Para ello se analizaron cuáles fueron las razones por las cuales la dependencia o entidad no cumplió a cabalidad con las instrucciones de entrega de la información solicitada. Como se observa, la razón principal tiene que ver con la falta de evidencia documental en los archivos del IFAI para clasificar a un recurso como cumplido, con 63% del total. Por otra parte, en 25% de los RR la dependencia o entidad argumentó no poder cumplir a cabalidad la resolución debido a que no era de su competencia contar con la información solicitada. Por último, solo en un recurso se manifestó no poder cumplir con la resolución por circunstancias ajenas al sujeto obligado, como fue el hecho de no contar con un domicilio o dirección electrónica del recurrente a dónde enviar la información.

**Cuadro 4.8****Grado de cumplimiento de los recursos de revisión por parte de los sujetos obligados**

Grado de cumplimiento	Núm. RR	%
Completo o satisfactorio	179	95.7
Parcial	8	4.3
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

**Cuadro 4.9****Razones ofrecidas por los sujetos obligados para entregar la información de manera parcial, según lo ordenado en las resoluciones**

Razones	Núm. RR	%
No es competencia del sujeto obligado contar con la información solicitada	2	25.0
La información no puede ser entregada al recurrente por factores ajenos al sujeto obligado	1	12.5
No hay evidencia suficiente en archivos IFAI de que información fue entregada al recurrente	5	62.5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, con base en datos del Anexo 1.

**Estudio de caso: el brote de influenza A H1N1 en México**

En las secciones anteriores de este capítulo se puede apreciar cómo, a través de sus resoluciones, el Instituto ha ordenado la entrega de una gran cantidad de información de naturaleza pública. Se pudieron establecer al menos 28 categorías de información a partir de los análisis que el IFAI ha realizado para resolver los recursos de revisión que se han interpuesto en contra de los sujetos obligados del sector de salud federal. Sin embargo, una manera distinta de apreciar la relevancia de las resoluciones es a través de un estudio de caso que permita ahondar en las implicaciones

de la divulgación de la información que se ha ordenado entregar a los solicitantes, o que se ha entregado a partir del desahogo de un recurso o de un conjunto de recursos, como sucede con algunos sobreseimientos.

Un caso ilustrativo es el brote de la influenza A H1N1 en nuestro país durante los meses de marzo y abril de 2009. Como se mencionó en el primer capítulo, diversos autores y organismos (entre ellos la Organización Mundial de la Salud) han reconocido que una cuestión crítica para el manejo adecuado de una emergencia de salud pública lo constituye la comunicación oportuna, precisa y transparente a la población de la información disponible en relación con la enfermedad (O'Malley, Rainford y Thompson, 2009: 614).

Asimismo, para entender el brote y la emergencia de la influenza (pasada su fase crítica) resulta de igual manera importante que exista información (estadística o cualitativa) sobre distintos aspectos relativos a su aparición y posterior desenvolvimiento. Tal y como se establece en el marco teórico de este libro, cabe recordar que dos de las funciones esenciales de un sistema de salud gubernamental son la participación social y el empoderamiento ciudadano, por un lado, y la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, por el otro, para las cuales resulta fundamental contar con información clara y confiable.

En este sentido, para el estudio de caso que nos ocupa una pregunta importante es la siguiente: ¿se logró a través de la resolución de los recursos de revisión relacionados con la influenza A H1N1 que se diera información de mayor calidad sobre la enfermedad? Con información de mayor calidad se hace referencia a información distinta (y por tanto, adicional), en especial de tipo estadístico, a la que se divulgó por parte de las autoridades de salud pública federal (en particular, la Secretaría de Salud) durante los meses de la emergencia y tras esta. Ello es importante porque estaría mostrando que la información divulgada en relación con la enfermedad resultó insuficiente para satisfacer las dudas o la demanda de información más específica de parte de algunos ciudadanos u organizaciones

interesados en el tema. Los siguientes apartados están destinados a dar una respuesta a esta pregunta.

### *Antecedentes*

En su “Reporte semanal sobre morbilidad y mortalidad” (MMWR, por sus siglas en inglés) del 30 de abril de 2009 (CDC, 2009), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) del gobierno de Estados Unidos describió el brote de la influenza A H1N1 en México de la siguiente forma:

En marzo y principios de abril del 2009, se presentaron en México brotes de enfermedades respiratorias y un aumento en los reportes de pacientes con enfermedades seudogripales (ILI) en varios sectores del país. El 12 de abril, la Dirección General de Epidemiología (DGE) notificó un brote de enfermedades seudogripales en una pequeña comunidad del estado de Veracruz a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de conformidad con las regulaciones internacionales de salud. El 17 de abril, un caso de neumonía atípica en el estado de Oaxaca originó la implementación de medidas mayores de vigilancia en todo México. El 23 de abril, se comunicaron a la OPS varios casos de enfermedades respiratorias graves por infecciones del virus de la influenza tipo A (H1N1) de origen porcino, confirmadas por pruebas de laboratorios. El análisis de la secuencia reveló que los pacientes estaban infectados con la misma cepa del A (H1N1) detectada en dos niños que residen en California.

El mismo reporte realiza una cronología de los eventos más destacados relacionados con la enfermedad en México durante el mes de abril de 2009, que se presenta en el cuadro 4.10.

#### Cuadro 4.10

### Cronología de eventos importantes en la detección del brote de infecciones por el virus de la influenza A H1N1 de origen porcino y la respuesta al mismo. México, abril de 2009

Fecha	Evento
12 abril	Brote de enfermedades respiratorias reportado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
17 abril	Un caso de neumonía atípica origina una alerta epidemiológica nacional, por parte de la Dirección General de Epidemiología, para incrementar la vigilancia.
17–22 abril	Se comienza la investigación de campo de las enfermedades respiratorias.
23 abril	La Agencia de Salud Pública de Canadá confirma casos de infección por A H1N1.
23 abril	Se reportan conglomerados de enfermedades por A H1N1 a la OPS.
24 abril	Las autoridades de salud implementan medidas de salud pública para todos los pasajeros de avión y de vacunación de todo el personal de atención médica contra la influenza estacional.
25 abril	Decreto nacional autoriza la cuarentena en casa de personas con casos sospechosos.
26 abril	México adquiere la capacidad para diagnosticar las infecciones por A H1N1.
27 abril	Se ordena el cierre de escuelas en todo el país.
30 abril	Estado de la enfermedad: 97 casos confirmados en laboratorio de infecciones por A H1N1 en México.

Fuente: CDC (2009).

Por su parte, a través de boletines informativos diarios, la Secretaría de Salud informaba también la cronología de los acontecimientos y las medidas implementadas en torno a la influenza A H1N1 en México. En el cuadro 4.11 aparece esta cronología para los meses de abril a julio de 2009.

#### *Información pública*

Como era de esperarse, los eventos relacionados con la aparición de la influenza A H1N1 suscitaron un interés mundial desde el momento mismo en que las autoridades de salud mexicanas remitieron los primeros

### Cuadro 4.11

## Cronología de los acontecimientos y de las medidas implementadas por la influenza A H1N1 en México, abril a julio de 2009

Fechas	Acontecimientos y medidas implementadas
17 de abril	La Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) emite alerta epidemiológica por un aumento en el número de casos reportados de probable influenza.
22 de abril	La Secretaría de Salud observa una situación atípica al prolongarse el tiempo de transmisión de la influenza estacional. Se recomiendan medidas como no estar en lugares con concentraciones de personas, y la “etiqueta respiratoria”.
24 de abril	Pruebas de laboratorios identifican plenamente el tipo de virus. Se declara el estado de contingencia sanitaria y se intensifican las medidas de prevención: solicitud de colaboración para suspensión total de eventos en espacios cerrados o abiertos de cualquier tipo, como centros de culto religioso, estadios, teatros, cines, bares y discotecas.
25 de abril	Se suspenden todas las actividades educativas, incluyendo las guarderías en el Distrito Federal (DF), el estado de México y el de San Luis Potosí.
27 de abril	La Organización Mundial de la Salud (OMS) eleva la alerta de fase 3 a fase 4.
28 de abril	La Secretaría de Salud declara el cierre oficial de todos los niveles educativos en el país, hasta el 6 de mayo.
29 de abril	La OMS eleva la alerta de fase 4 a la fase 5.
01 de mayo	Se suspenden las actividades de la Administración Pública Federal (excepto aquellas que a criterio de las propias dependencias y entidades sean necesarias para garantizar la suficiencia, la oportunidad y la continuidad en la prestación de servicios) y los trabajos no esenciales de los sectores productivos (pero se mantienen abiertos todos aquellos que sean necesarios para obtener los insumos básicos de las familias, como alimentos, transporte, etcétera, siempre y cuando no se realicen en espacios cerrados o aglomeraciones).
03 de mayo	Se anuncian lineamientos de prevención y control para restaurantes, centros de trabajo, transporte público y centros de reunión.
04 de mayo	El gobierno se prepara para normalizar actividades alteradas por influenza A H1N1. El secretario de Salud anuncia: “La epidemia de influenza por el virus A H1N1 registra una tendencia hacia la baja...”.
06 de mayo	Se permite la apertura de los sitios de trabajo de la Administración Pública, de trabajo de servicios no esenciales de los sectores productivos, restaurantes y gran parte de los sitios de reuniones.
07 de mayo	Regresan a clases los niveles medio superior y superior.
09 de mayo	En caso de detectarse nuevos casos en escuelas, se cerraría solo el plantel donde se hubiera registrado el mal. El Gobierno del Distrito Federal (GDF) supervisa que los entornos cumplan con medidas de salubridad.
11 de mayo	Regresan a clases el nivel básico y guarderías del Distrito Federal y estado de México.

Fechas	Acontecimientos y medidas implementadas
16 de mayo	México entrega a la OMS la cepa de virus A para la producción de una vacuna.
18 de mayo	El secretario de Salud entrega a la OMS el informe sobre el virus de influenza humana en el país. Regresan a clases en Jalisco, San Luis Potosí, Hidalgo, Nayarit, Guerrero, Chiapas y Zacatecas.
23 de mayo	Se suspende estrategia “Filtro escolar” en todo el país, pero continúa el monitoreo por parte de los maestros dentro del salón de clases.
6 de junio	Se inicia en algunas entidades federativas del sureste (Chiapas, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán) una búsqueda intencionada de casos en planteles escolares, debido al incremento de número de casos sospechosos. Se reinicia el “Filtro escolar” y el cierre de planteles afectados.
11 de junio	La OMS eleva la alerta de fase 5 a fase 6.
12 de junio	Se cierra un total de diez planteles escolares en el estado de Yucatán debido a brotes.
16 de junio	Se han cerrado un total de 27 planteles escolares por brotes en el estado de Tabasco.
01 al 03 julio	Se lleva a cabo en Cancún, Quintana Roo, la Reunión de Alto Nivel: “Lecciones aprendidas de influenza A/H1N1, preparándonos para el futuro”, en donde se discuten las medidas tomadas en los países afectados durante el inicio y el trascurso de la epidemia, así como las medidas que se tomarían a nivel mundial en un rebrote. Se abordan temas sobre la creación de una vacuna, el efecto de los antivirales y la resistencia a los mismos. Se llega a un acuerdo de cooperación mundial por parte de los países asistentes a la reunión.
22 de julio	La Dirección General de Promoción de la Salud participa en la reunión con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “ <i>Putting planning into practice: The communications response to H1N1</i> ”, en el panel trilateral México / Estados Unidos / Canadá sobre la respuesta de América del Norte.
23 y 24 de julio	La Dirección General de Promoción de la Salud participó en la reunión con el Global Health Security Action Group, de Communicators Network, en donde se llevó a cabo la alineación de los mensajes clave y la estrategia de comunicación.

Fuente: Boletín diario, núm.72, de fecha 31 de julio de 2009. México: Dirección General Adjunta de Epidemiología [DE disponible en: [http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/AH1N12009/boletines/072009/Influenza%20H1N1%20Mexico\\_31jul09.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/AH1N12009/boletines/072009/Influenza%20H1N1%20Mexico_31jul09.pdf)].

reportes sobre la enfermedad a la OPS. Ante tales circunstancias, pocos días después de que se confirmó la existencia de una nueva cepa H1N1 de la influenza tipo A, la Secretaría de Salud estandarizó y publicó de manera periódica (a veces diaria) varios informes donde se daba cuenta, a través de indicadores estadísticos, la evolución de distintos aspectos relacionados

con la enfermedad. Dos de estas publicaciones destacan por haber sido ampliamente difundidas<sup>6</sup> y por contener datos del desenvolvimiento de la enfermedad desde el mes de marzo de 2009: el reporte “Situación actual de la epidemia” y el boletín diario sobre el “Brote de influenza A H1N1 México”, publicado por la Dirección General Adjunta de Epidemiología de la Secretaría de Salud. El cuadro 4.12 muestra la información de carácter estadístico que se divulgó a partir de ambas publicaciones.

Se podría considerar que ambos documentos constituyeron uno de los canales privilegiados del gobierno federal para informar a la población (en especial, a los grupos organizados de la sociedad) acerca de la evolución de la influenza en todo el país. Así, los indicadores contenidos en ellos representaron, hasta cierto punto, la visión gubernamental de la información que resultaría más relevante para que la ciudadanía estuviese informada en relación con el desenvolvimiento de la enfermedad. Pero la pregunta importante, como lo plantea este estudio de caso, es si los datos contenidos en estos reportes resultaron suficientes para satisfacer la demanda de información estadística de diversos ciudadanos. El siguiente apartado ahonda en esta cuestión.

### *Evidencia de los recursos de revisión*

El brote de influenza A H1N1 en México provocó que se interpusieran ante el sector de salud federal al menos 20 recursos de revisión, resueltos en 14 resoluciones, según se muestra en el cuadro 4.13.<sup>7</sup> Los temas que motivaron los recursos de revisión que aparecen en este cuadro fueron

6. Ambas estuvieron y seguían disponibles en la Internet durante abril de 2011.

7. De acuerdo con datos de la Dirección General de Estudios e Investigación (DGEI) del IFAI, además del sector de salud federal, se resolvieron otros 19 recursos de revisión relacionados con este tema, interpuestos en contra de otras dependencias o entidades del sector público, en particular, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas.

**Cuadro 4.12**  
**Información estadística divulgada por la Secretaría de Salud en relación con el brote de influenza A H1N1 en México**

Documento	Información
<p>Reporte  “Situación actual de la epidemia”*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de casos confirmados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Por grupos de edad.</li> <li>• Por fecha de inicio de síntomas (distribución gráfica).</li> <li>• Por entidad federativa.</li> </ul> </li> <li>• Número de defunciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Por grupos de edad.</li> <li>• Por sexo.</li> <li>• Por antecedentes patológicos.</li> <li>• Por fecha de ocurrencia según semana epidemiológica.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Boletín diario sobre el “Brote de influenza A H1N1 México”**</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de casos sospechosos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Por entidad federativa.</li> <li>• Por delegación del DF.</li> <li>• Tasa por cada 100,000 habitantes (nacional, por estado, por delegación).</li> <li>• Por fecha de inicio de síntomas (distribución gráfica).</li> </ul> </li> <li>• Número de casos confirmados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Por entidad federativa.</li> <li>• Por delegación del DF.</li> <li>• Por fecha de inicio de síntomas (distribución gráfica).</li> <li>• Por grupos de edad.</li> </ul> </li> <li>• Número de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Por entidad federativa.</li> <li>• Por delegación del DF.</li> <li>• Por fecha de inicio de síntomas (distribución gráfica).</li> <li>• Por día (distribución gráfica).</li> <li>• Resultante de ingresos y egresos en nueve hospitales centinelas.</li> </ul> </li> <li>• Número de defunciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total.</li> <li>• Confirmadas por lugar de residencia (por entidad federativa y por delegación del DF).</li> <li>• Confirmadas por lugar de ocurrencia (por entidad federativa y por delegación del DF).</li> <li>• Por fecha de ocurrencia.</li> <li>• Por grupos de edad.</li> </ul> </li> </ul>

## Cuadro 4.12 Continuación

Documento	Información
Boletín diario sobre el “Brote de influenza A H1N1 México”**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de muestras de laboratorio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descartados por influenza estacional.</li> <li>• Descartados por otros agentes.</li> <li>• Confirmados por influenza A H1N1.</li> <li>• Repeticiones.</li> </ul> </li> <li>• Por entidad federativa:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descartados por influenza estacional.</li> <li>• Descartados por otros agentes.</li> <li>• Confirmados por influenza A H1N1.</li> <li>• Repeticiones.</li> </ul> </li> <li>• Por delegación del DF:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descartados por influenza estacional.</li> <li>• Descartados por otros agentes.</li> <li>• Confirmados por influenza A H1N1.</li> <li>• Repeticiones.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Número de camas censables y no censables en nueve hospitales centinelas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total por hospital.</li> <li>• Camas ocupadas (por hospital).</li> </ul> </li> </ul>

\* Según Reporte del 30 de julio de 2009, México [DE disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/influenza/situacion\\_actual\\_epidemia\\_300709.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/influenza/situacion_actual_epidemia_300709.pdf)].

\*\* Según Boletín diario, núm.72, de fecha 31 de julio de 2009, México [DE disponible en: [http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/AH1N12009/boletines/072009/Influenza%20H1N1%20Mexico\\_31jul09.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/AH1N12009/boletines/072009/Influenza%20H1N1%20Mexico_31jul09.pdf)].

variados, aunque, como se observa, la mayoría de ellos se pueden agrupar en dos: los recursos económicos o el ejercicio del gasto para atender distintos aspectos de la emergencia de salud, y la solicitud de información estadística muy diversa en relación con el evento.

A propósito de este último tema (y en concordancia con la pregunta que motiva este estudio de caso), en el cuadro 4.14 se muestran los recursos interpuestos ante las dependencias y entidades del sector de salud federal que tuvieron como tema principal la solicitud de información estadística relacionada con el brote de influenza A H1N1 en México. En total, son 13 recursos de revisión que se resolvieron en siete resoluciones.

Cuadro 4.13

**Recursos de revisión interpuestos *vs.* el sector de salud federal en relación con el tema de la epidemia de influenza A H1N1**

Sujeto obligado	Expediente	Resolución	Acumula	Tema general
Laboratorios Birmex	2669/09	Sobresee		Construcción de laboratorio para producción de vacunas contra la influenza.
Secretaría de Salud	3164/09	Revoca		Ejercicio de préstamo dado a México por el Banco Mundial para atender brote influenza.
Secretaría de Salud	3383/09	Sobresee		Información estadística sobre la influenza.
Secretaría de Salud	3521/09	Sobresee		Información estadística sobre la influenza.
Secretaría de Salud	3522/09	Confirma		Documentos remitidos por la OMS relacionados con la influenza.
Secretaría de Salud	3744/09	Revoca		Créditos recibidos por México y compra de antivirales para atender brote de influenza.
Secretaría de Salud	3948/09	Revoca		Presupuesto y gastos en comunicación social de la dependencia.
Secretaría de Salud	4017/09	Modifica		Gastos relacionados con motivo del combate a la influenza.
Secretaría de Salud	4488/09	Sobresee		Información estadística sobre la influenza.
Secretaría de Salud	4616/09	Sobresee		Información estadística sobre la influenza.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	488/10	Sobresee	492, 493, 494, 495/10	Información estadística sobre la influenza.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	491/10	Modifica		Información estadística sobre la influenza.
Secretaría de Salud	601/10	Modifica	602, 603/10	Información estadística sobre la influenza.
Secretaría de Salud	3897/10	Revoca		Recursos económicos para atender la epidemia de influenza.

Fuente: elaboración propia, con base en datos proporcionados por la DGEI, del IFAI.

En el cuadro 4.14 también aparece un resumen de la solicitud de información original, así como de la resolución. Si bien la mayoría de los recursos se sobreseyeron, no por ello se dejó de enviar información pública a los recurrentes durante el desahogo de los recursos. Dicha

**Cuadro 4.14****Recursos de revisión interpuestos vs. el sector de salud federal relacionados con información estadística de la epidemia de influenza A H1N1**

Sujeto	Expediente	Resolución	Resumen de la solicitud
Secretaría de Salud	3383/09	Sobresee	Información sobre el caso comprobado de influenza A H1N1 del niño Edgar Sánchez, de cinco años, de la comunidad de la Gloria, Veracruz, y de los casos anteriores, con fecha de los registros, dónde se registraron, dónde y cuándo se realizaron los análisis de confirmación, quién lo realizó, así como copia de los análisis en los casos señalados.
Secretaría de Salud	3521/09	Sobresee	Número de casos en el país de influenza tipo A H1N1 hasta el mes de junio, desglose por entidades federativas, y número de víctimas mortales por dicho padecimiento en el país, con desglose por entidad federativa.
Secretaría de Salud	4488/09	Sobresee	Número de defunciones diarias causadas por el virus A H1N1 en México.

## Resumen de la resolución del recurso de revisión

## Indicadores estadísticos

“Durante la sustanciación del presente recurso de revisión, la [Secretaría de Salud] SS modificó su respuesta, remitiendo al correo electrónico del recurrente la tabla denominada ‘CENAVECE fechas de inicio estatales’, con los rubros: casos, fecha, estado, municipio y análisis, misma que satisface los rubros de información impugnados por el particular. Por lo tanto, el recurso de revisión quedó sin materia”.

Número de casos confirmados:

- Fecha de inicio.
- Por estado.
- Por municipio (Veracruz).
- Análisis de confirmación.

“En el caso concreto, una vez admitido el medio de impugnación, la SS atendió debidamente la solicitud del particular, circunstancia que acreditó remitiendo a este Instituto copia del correo electrónico enviado al hoy recurrente mediante el cual le proporcionó la información relativa al número de casos en el país de influenza tipo A H1N1 y el número de defunciones por dicho padecimiento, desglosada por entidad federativa y hasta el mes de junio de 2009, en la modalidad de entrega elegida y en la dirección señalada para tales efectos. Por lo tanto, el presente recurso de revisión quedó sin materia”.

Número de casos confirmados:

- Total.
  - Por estado.
- Número de defunciones:
- Total.
  - Por estado.

“En su solicitud de información, el particular requirió conocer el número de defunciones diarias causadas por el virus A H1N1 en México. En su respuesta, el sujeto obligado remitió al solicitante al portal de Internet en el que se publican estadísticas relacionadas con el tema. Inconforme con la respuesta, el 24 de septiembre de 2009, el particular interpuso recurso de revisión en el que señaló que requería información actualizada de defunciones diarias causadas por el virus de la influenza A H1N1. Este Instituto corroboró que, aunque el portal de estadísticas sobre la influenza se actualiza en promedio cada tercer día, no se encuentran datos estadísticos sobre el número de defunciones diarias causadas por este virus. Mediante correo electrónico, el sujeto obligado envió al recurrente una tabla con los datos de las defunciones diarias causadas por el virus A H1N1 en México del 10 de abril de 2009 al 25 de septiembre de 2009, a pesar de que en el oficio que la acompaña se señala que la tabla contiene datos hasta el 16 de octubre. Ahora bien, siendo que el recurrente remitió su solicitud de acceso a la información el 24 de septiembre de 2009 y el sujeto obligado envió datos actualizados hasta el 25 de septiembre del mismo año, un día después de haber recibido la solicitud, este Instituto considera que la respuesta de la Secretaría de Salud satisface cabalmente la solicitud del hoy recurrente”.

Número de defunciones:

- Por día.

**Cuadro 4.14**  
**Continuación**

Sujeto	Expediente	Resolución	Resumen de la solicitud
Secretaría de Salud	4616/09	Sobresee	<p>Información sobre el número de infectados por el virus A H1N1 en el estado de Veracruz en lo que va del año, desglosada por municipio, sexo, grupo de edad y cuántos de estos casos han sido fallecimientos y en qué municipios e institución de salud fueron atendidos o reportados los mismos.</p>
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	488/10 (acumula 492 a 495/10)	Sobresee	<p>Folio 41409: solicito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán me proporcione la información sobre el total de pacientes confirmados con diagnóstico de Influenza A H1N1 en el periodo del 1º de marzo del 2009 a la fecha.</p> <p>Folio 41609: solicito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán me proporcione la información sobre el total de muestras procesadas para confirmación de diagnóstico por Influenza A H1N1 a otros Hospitales e Institutos, es decir nombre del Hospital o Instituto y total de muestras procesadas a cada uno en el periodo del 1º de marzo del 2009 a la fecha.</p> <p>Folio 41709: solicito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán me proporcione la información sobre el total de tratamientos con Oseltamivir otorgados a pacientes hospitalizados, en el periodo del 1º de marzo del 2009 a la fecha.</p> <p>Folio 41809: solicito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán me proporcione la información sobre el total de tratamientos con Oseltamivir otorgados a pacientes ambulatorios (es decir pacientes que no cuentan con expediente clínico pero que se les brindó un servicio de atención).</p>

### Resumen de la resolución del recurso de revisión

### Indicadores estadísticos

“Una vez admitido el medio de impugnación, la SS puso a disposición del recurrente la información solicitada a través del correo electrónico que le fue enviado el 22 de octubre de 2009. Lo anterior es así, ya que tal como se advierte en el antecedente VIII de la presente resolución, se entregó al particular el número de infectados por el virus A H1N1 en el Estado de Veracruz en lo que va del año, desglosada por municipio, sexo y grupo de edad, así como el número de casos que han sido fallecimientos y en qué municipios e instituciones de salud fueron atendidos o reportados. En el caso concreto, una vez admitido el medio de impugnación, la SS remitió al recurrente la información solicitada”.

Número de casos confirmados en Veracruz:

- Total.
- Por municipio.
- Por sexo.
- Por grupo de edad.

Número de defunciones en Veracruz:

- Total.
- Por municipio.
- Por hospital o institución.

“Conforme a lo anteriormente señalado, se advierte que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán satisfizo los requerimientos de información de la hoy recurrente, por lo que la inconformidad planteada por la particular ha quedado solventada, al proporcionar la información requerida, es decir, respecto del contenido de información identificado con el numeral número 1 se le indicó a la recurrente que son 668 casos; respecto del contenido de información identificado con el numeral número 2, indicó que son 3,252 muestras; en relación al contenido de información identificado con el numeral número 3, puntualizó que se trata de 1,030 pacientes hospitalizados; de acuerdo con el contenido de información identificado con el numeral número 4, manifestó que son 1,674 pacientes ambulatorios y, finalmente, en relación al contenido de información identificado con el numeral número 5, señaló que se han registrado 12 defunciones. Ahora bien, no pasa desapercibido para este Instituto que por lo que refiere al contenido de información identificado con el numeral 2, la recurrente solicitó el total de muestras procesadas para confirmación de diagnóstico por influenza A H1N1 a otros Hospitales e Institutos, es decir, nombre de Hospital o Instituto y total de muestras procesadas a cada uno; no obstante, a través de su recurso de revisión la recurrente acotó su solicitud de acceso, ya que manifestó haber solicitado la misma información tanto al Instituto Nacional de Pediatría como al Hospital General de México, indicando que éstos le entregaron la información respectiva, por lo que se colige que la información solicitada refiere a la que posee el sujeto obligado dentro del ámbito de su competencia, razón por la cual el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entregó a la recurrente el total de muestras procesadas por el sujeto obligado para confirmación de diagnóstico por influenza A H1N1”.

Información estadística específica sobre la enfermedad relacionada con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Entre otros, se dio respuesta al número de casos confirmados, número de muestras procesadas, número de pacientes hospitalizados, número de pacientes ambulatorios, y número de defunciones para el periodo especificado en la solicitud de información.

**Cuadro 4.14**  
**Continuación**

Sujeto	Expediente	Resolución	Resumen de la solicitud
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	491/10	Modifica	Solicito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán me proporcione la información sobre el total de pacientes ambulatorios (es decir, pacientes que no cuentan con expediente clínico pero que se les brindó un servicio de atención médica y no requirió hospitalización) confirmados con diagnóstico de influenza A H1N1 en el periodo del 1º de marzo del 2009 a la fecha.
Secretaría de Salud	601/10 (acumula 602 a 603/10)	Modifica	Solicito a la Secretaría de Salud, me proporcione la siguiente información: a) Total de pacientes ambulatorios (es decir, pacientes que no cuentan con expediente clínico pero que se les brindó un servicio de atención médica y/o no requirió hospitalización) confirmados con diagnóstico de influenza A H1N1 en el periodo del 1º de marzo del 2009 a la fecha, correspondientes al Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México e Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.

Fuente: elaboración propia.

### Resumen de la resolución del recurso de revisión

### Indicadores estadísticos

“Se advierte que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán cuenta con la información requerida por la recurrente. No obstante, el sujeto obligado no acreditó ante este Instituto que la misma le fuera entregada a la hoy recurrente. Por tanto, y derivado de lo anterior, este Instituto considera procedente modificar la respuesta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y se le instruye para que acredite ante este Instituto la entrega a la recurrente de la información relativa al total de pacientes ambulatorios, es decir, pacientes que no cuentan con expediente clínico, pero a los que se les brindó un servicio de atención médica y no requirieron hospitalización, confirmados con diagnóstico de influenza A H1N1, en el período comprendido del 1º de marzo del 2009 a la fecha —esto es, al 15 de diciembre de 2009, fecha en que presentó su solicitud de información”.

Número de pacientes ambulatorios.

“1. Sobreseer el presente recurso de revisión respecto al total de pacientes ambulatorios con diagnóstico confirmado de influenza A H1N1 en el Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México e Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, durante el período del 1 de marzo de 2009 al 26 de enero de 2010, ya que el medio de impugnación quedó sin materia. Lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 58, fracción IV de la Ley, y 2. Modificar la respuesta del sujeto obligado respecto al total de tratamientos con Oseltamivir que se otorgaron a pacientes ambulatorios y hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el período comprendido del 1 de marzo de 2009 al 18 de octubre de 2009 y se instruye para que realice una búsqueda exhaustiva de la información solicitada en todas sus unidades administrativas competentes”.

Número de pacientes ambulatorios:

- Por hospital.
- Número de tratamientos con Oseltamivir:
- Por tipo de paciente (ambulatorio y hospitalizado).

información, en formato de indicadores, aparece en la última columna del cuadro. Al comparar estos indicadores con los que se aprecian en el cuadro 4.12, se puede notar que parte de la información solicitada por los recurrentes estaría disponible en los documentos que periódicamente publicaba la Secretaría de Salud.<sup>8</sup> Sin embargo, la misma comparación de ambos cuadros muestra que información de otro tipo, más específica, no por fuerza se divulgó durante los meses de la emergencia de salud o de manera posterior, al menos en el reporte y el boletín comentados.

En efecto, en la última columna del cuadro 4.14 se puede observar que algunos recursos provocaron la entrega de información relacionada con indicadores del número de casos confirmados de influenza A H1N1, pero desglosados a nivel municipal (para el caso de Veracruz, en los recursos 3383/09 y 4616/09), o bien, indicadores relativos al número de defunciones, pero presentados por día (recurso 4488/09). Más aún, también se entregó información relativa a algunos de los indicadores que se publicaron a través del boletín diario, aunque desglosada para ciertos “hospitales centinelas” que la Secretaría de Salud designó para monitorear el avance de la enfermedad (información que se desprende del recurso 488/10 y acumulados).

Asimismo, un indicador para el que se envió información estadística nueva lo constituye el número de pacientes ambulatorios atendidos por hospital o instituto (es el caso del recurso 491/10 para el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”). Por último, resultan de particular atención los datos estadísticos relacionados con el número de tratamientos con Oseltamivir,<sup>9</sup> otorgados a pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría, el

8. Este es el caso, por ejemplo, del recurso 3521/09, donde se solicita el número de casos confirmados y el de defunciones, tanto totales como por estado. Esta información estaba disponible en el reporte de “Situación actual de la epidemia”, publicado por la Secretaría de Salud, según se aprecia en el cuadro 4.12.

9. Comercializado en el mercado de medicinas bajo los nombres de Tamiflu o Tazamir.

Hospital General de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, todos ellos parte de los hospitales centinelas de la Secretaría de Salud durante la emergencia sanitaria (recurso 601/10 y acumulados).

En suma, el cuadro 4.14 nos presenta un panorama donde existe una gama de indicadores nuevos (no incluidos en los reportes o boletines que de manera periódica difundió la Secretaría de Salud), que fueron entregados a los recurrentes a partir de las resoluciones de los recursos de revisión (o durante su desahogo). Este es un hallazgo relevante. Constituye evidencia de que la Ley y el IFAI, a través de sus resoluciones, logran divulgar información cuya especificidad atiende no solo la demanda de datos por parte de individuos u organizaciones interesados en un tema en particular (en este caso, la influenza A H1N1) sino que representa la posibilidad de que ella contribuya a entender de mejor forma fenómenos sociales de gran complejidad.

El caso del brote de influenza en México ha sido, en cierto sentido, paradigmático. Suscitó una gran cantidad de estudios y ha provocado un debate internacional acerca de la verdadera gravedad de la enfermedad. No han sido pocos quienes han externado que la información relativa a la peligrosidad del virus de influenza A H1N1 fue exagerada, tanto durante los meses de emergencia sanitaria como después de estos (Gérvas, 2010). En este sentido, toda acción que permita una mayor difusión de información específica y relevante acerca de un fenómeno de gran impacto social, como una emergencia de salud pública, constituye, en buena medida, una noticia positiva desde el punto de vista social. Y esto es justo lo que se desprende a partir de una mirada más cercana a las resoluciones que otorgó el Instituto en relación con la aparición del virus de la influenza A H1N1 durante los meses de marzo y abril de 2009 en México.



## CONCLUSIONES

Quienes diseñan una política pública, sea a través de un programa o una legislación novedosa, esperan con frecuencia que su implementación tenga los resultados que se buscan en la sociedad o comunidad de destino en un plazo relativamente corto. Sin embargo, en ocasiones se necesitan periodos más largos (mayores a unos cuantos años) para empezar a dimensionar los efectos que en realidad tiene la puesta en práctica de la política pública o los instrumentos de una nueva ley. En el caso de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG o Ley), durante 2011 se cumplieron ocho años de haber entrado en vigor. En ese lapso se ha generado una gran cantidad de información a través de las solicitudes enviadas por los ciudadanos a las agencias federales de gobierno, por un lado, y a partir de los recursos de revisión que resuelve el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), por otro, lo cual permite contar con elementos analíticos para evaluar los posibles efectos que ha tenido la Ley en distintos ámbitos de la vida pública de México.

En este contexto, el presente libro realizó un análisis de los recursos de revisión sobre temas de salud y llevó a cabo un estudio de caso, bajo la óptica de la transparencia y el acceso a la información, del brote de influenza A H1N1 en México, con el objeto de evaluar algunos de los alcances de la Ley y verificar el tipo de información relativa a la salud que finalmente llega al ciudadano. Los resultados nos muestran que la Ley ha tenido un efecto importante en la diseminación de información de claro interés público. Ello permite afirmar que las leyes de este tipo contribuyen al fortalecimiento no solo de los resultados que se buscan dentro de una sociedad sino también de las políticas públicas, en este caso, las de salud. En efecto, tanto la Ley como las resoluciones del IFAI contribuyen a delinear con claridad aquella información dentro de las agencias de salud que, por su propia naturaleza, debe ser pública y, por tanto, estar sujeta al escrutinio ciudadano. La amplia variedad de temas contenidos en las solicitudes de información que derivaron en recursos de revisión y sobre los cuales el IFAI ha tenido que pronunciarse constituye una muestra palpable del gran interés que existe por conocer lo que sucede en el ámbito de la política de salud de nuestro país.

En particular, el estudio establece la capacidad que han tenido la Ley y el Instituto para entregar información a los recurrentes. En promedio, más de la mitad de las resoluciones de los recursos de revisión instruyen la entrega de algún tipo de documento relacionado con los contenidos de las solicitudes de información, ya sea de forma directa o en versiones públicas. Además, poco más de la cuarta parte de dichas resoluciones ordena búsquedas exhaustivas de información.

Por otro lado, un resultado relativamente inesperado, pero importante de este estudio tiene que ver con los sobreseimientos. Su análisis permitió corroborar que la principal razón por la cual los recursos se sobresean es que durante el proceso de sustanciación del recurso se entregó la información que el recurrente había solicitado desde un principio. Ello quiere decir que no solo la resolución sino el proceso mismo que implica

desahogar y resolver un recurso de revisión motiva la entrega de información por parte de los sujetos obligados, muchos de los cuales la pudieron haber entregado desde la solicitud misma y no hasta la interposición del recurso correspondiente.

Otro hallazgo importante, resultado del análisis de los cumplimientos de las resoluciones del Instituto, es que la mayoría de estas son cumplidas de manera satisfactoria por parte de los sujetos obligados. Con ello existe una certeza razonable de que la información solicitada por los ciudadanos —y eventualmente recurrida por ellos ante el IFAI— en verdad llega a su destino.

Por su parte, el estudio también da cuenta de la utilidad de la Ley para publicar información que resulta de interés para la ciudadanía. A través del seguimiento de los recursos de revisión del sector de salud federal relacionados con el brote de influenza A H1N1 en México durante abril de 2009, se puede afirmar que las resoluciones del Instituto contribuyeron a divulgar una gran cantidad de información de tipo estadístico sobre la enfermedad, que no por fuerza estuvo disponible de manera oportuna a través de los diversos reportes y boletines oficiales durante los meses de la emergencia de salud pública y de forma posterior a esta. La diseminación de este tipo de información resulta de gran importancia para cumplir con una de las funciones esenciales de un sistema de salud gubernamental, al otorgar un mayor empoderamiento a los ciudadanos en los temas de salud pública por medio del conocimiento de los eventos relacionados con las emergencias de salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arellano, David (2005). “La transparencia desde la teoría de las organizaciones”, en Mauricio Merino (coord). *Transparencia: libros, autores e ideas*. México: CIDE / IFAI.
- Behn, Robert D. (2001). *Rethinking democratic accountability*. Washington: Brookings Institution Press.
- Bellver, Ana y Daniel Kaufmann (2005). “Transparenting transparency. Initial empirics and policy applications”, manuscrito. Washington: Banco Mundial (septiembre).
- Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE (2003). *Diagnóstico del sistema de rendición de cuentas del sector salud*. México: Secretaría de Salud / CIDE.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC (2009). “Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)”, Atlanta: CDC (30 de abril) [DE disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm58d0430a2ensp.htm>].

- Drabek, Zdenek y Warren Payne (2001). *The impact of transparency on foreign direct investment*. (Staff Working Paper, ERAD-99-002). Washington: OMC (noviembre).
- Finkelstein, Neal D. (2000). "Introduction: transparency in public policy", en Neal D. Finkelstein (ed). *Transparency in public policy. Great Britain and the United States*. Londres / Nueva York: Macmillan Press / St. Martin's Press.
- Florini, Ann (1999). "Does the invisible hand need a transparent glove? The politics of transparency", manuscrito presentado en la *Annual World Bank Conference on Development Economics*. Washington: Banco Mundial (abril).
- Fox, Jonathan (2005). "Transparencia y rendición de cuentas: dilemas conceptuales", manuscrito presentado en el *Programa de investigación sobre la legalidad, el Estado de Derecho y la rendición de cuentas*. México: FLACSO (octubre).
- Fung, Archon; Mary Graham y David Weil (2007). *Full disclosure. The perils and promise of transparency*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gérvas, Juan (2010). "Pandemia de gripe A (2009 y 2010): incoherencias y falta de transparencia", manuscrito [DE disponible en: <http://www.equipocessa.org/wp-content/uploads/2010/05/gripe-a-mayo-2010-incoherencias-falta-transparencia.pdf>].
- Glover, Mark *et al.* (2006). *Freedom of information: history, experience and records and information management implications in the USA, Canada and the United Kingdom*. Pittsburgh / Londres: ARMA / The Constitution Unit–University College London.
- Hernández Valdez, Alfonso (2003). "Transparencia y rendición de cuentas en los estados: el caso del sistema de salud", en Ortega Venzor, Alberto *et al.* (coords). *Los rostros de la democracia: estado de derecho, corrupción, sociedad civil. Memorias 2003*. Vol. III. México: Porrúa / Ibergop.

- (2007). “Los instrumentos de la transparencia”, en Instituto de Transparencia e Información Pública de Jalisco, ITEI. *Acceso a la información. Un derecho de avanzada en Jalisco*. Guadalajara: ITEI.
- (2010). “Transparencia”, en Héctor R. Solís Gadea y Karla A. Planter Pérez (coords). *Jalisco en el mundo contemporáneo. Aportaciones para una enciclopedia de la época. T.II: Derecho, economía, política*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara / Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología.
- Hubbard, Paul (2007). “Putting the power of transparency in context: information’s role in reducing corruption in Uganda’s education sector” (Working Paper, 136). Washington: Center for Global Development.
- Islam, Roumeen (2003). “Do more transparent governments govern better?” (Policy Research Working Paper, 3077). Washington: Banco Mundial.
- Lane, Jan-Erik y Svante Ersson (2000). *The new institutional politics. Performance and outcomes*. Londres / Nueva York: Routledge.
- Lewis, Maureen (2006). *Governance and corruption in public health care systems* (Working Paper, 78). Washington: Center for Global Development.
- Lindstedt, Catharina y Daniel Naurin (2006). “Transparency against corruption. A cross-country analysis”, manuscrito. Gotemburgo: Goteborg University.
- López Ayllón, Sergio (2006). “La constitucionalización del derecho de acceso a la información: una propuesta para el debate”, en Sergio López Ayllón (coord). *Democracia, transparencia y constitución. Propuestas para un debate necesario*. México: IIJ-UNAM / IFAI.
- (2007). “Transparencia y acceso a la información en los programas sociales. Una propuesta de política pública”, artículo de conferencia presentado en el *Seminario internacional candados y derechos:*

- protección de programas sociales y construcción de ciudadanía*. México: PNUD (abril).
- López Ayllón, Sergio y Mauricio Merino (2009). *La rendición de cuentas en México: perspectivas y retos* (Cuadernos sobre rendición de cuentas, 1). México: Secretaría de la Función Pública.
- Mendel, Toby (2003). *Freedom of information: a comparative legal survey*. Nueva Delhi: UNESCO.
- Merino, Mauricio (2006). “Muchas políticas y un solo derecho”, en Sergio López Ayllón (coord). *Democracia, transparencia y constitución. Propuestas para un debate necesario*. México: IJ-UNAM / IFAI.
- Muñoz, Fernando *et al.* (2000). “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.8, núms. 1 y 2. Washington: OPS.
- National Campaign for People’s Right to Information (NCPRI) (2005). *Right to information act of 2005. A primer*. Nueva Delhi: NCPRI.
- O’Donnell, Guillermo (2000). “Further thoughts on horizontal accountability”, manuscrito presentado en la *Conference on Institutions, Accountability and Democratic Governance in Latin America*. Notre Dame: Kellogg Institute for International Studies (mayo).
- O’Malley, P.O; J. Rainford y A. Thompson (2009). “Transparency during public health emergencies: from rhetoric to reality”, en *Bulletin of the World Health Organization*, vol.87, núm.8. Ginebra: OMS.
- Pearce, David (ed.) (1992). *The MIT dictionary of modern economics*. Cambridge: The MIT Press.
- Przeworski, Adam (1991). *Democracy and the market. Political and economic reforms in Eastern Europe and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rajkumar, Andrew Sunil y Vinaya Swaroop (2002). *Public spending and outcomes: does governance matter?* (Policy Research Working Papers, 2840). Washington: Banco Mundial.

- Reinikka, Ritva y Jakob Svensson (2003). *The power of information: evidence from a newspaper campaign to reduce capture*. (WPS3239). Washington: Banco Mundial.
- Schedler, Andreas (2004). ¿Qué es la rendición de cuentas? (Cuadernos de transparencia, 3). México: IFAI.
- Senanayake, Pramilla (2006). “Accountability and good governance are essential to deliver health services”, en *Bulletin of the World Health Organization*, vol.84, núm.8. Ginebra: OMS.
- Thomas, Vinod *et al.* (2000). *The quality of growth*. Washington / Nueva York: Banco Mundial / Oxford University Press.
- Ugalde, Luis Carlos (2002). *Rendición de cuentas y democracia. El caso de México*. (Cuadernos de divulgación de la cultura democrática, 21). México: IFE.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2004). *Right to information. Practical guidance note*. Nueva York: Bureau for Development Policy / UNDP.
- (2006). *UNDP and the right to information. Seminar report*. Oslo: Oslo Governance Centre / UNDP.



# ANEXOS

## **Anexo 1. Variables relativas a los recursos de revisión utilizadas en la investigación**

A continuación se presenta un cuadro con los valores que tomaron las variables de todos los recursos de revisión utilizados en la investigación. El significado de las etiquetas de las variables y los códigos numéricos de las categorías que las componen se encuentran en el “Catálogo de códigos” del Anexo 2.

SUJETO:	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
12	315	3	1	3	2		8	4	5		1	
1	426	3	1	4	26		6	6		1		
1	903	4	1	2	7		2	4	3		1	
1	1048	4	1	3	1		1	1			1	
1	1059	4	1	2	22		3	2			1	
16	1329	4	1	2	22	9	3	1			1	
1	98	5	1	2	19		1	1			1	
1	99	5	1	2	19	9	1	1			2	3
21	152	5	1	2	20		2	1			1	
1	304	5	1	2	3		4	1			1	
1	330	5	2	3	17		6	3			2	1
1	331	5	3	3	17		6	3			2	1
7	698	5	1	2	19		1	3			1	
13	717	5	1	3	3		4	1			1	
3	766	5	1	3	9	25	5	1			1	
1	773	5	1	3	8		5	5			1	
1	873	5	1	2	13	9	5	2			1	
1	1033	5	1	2	5		1	5			2	3
1	1049	5	1	2	8		5	1			1	
6	1402	5	1	2	3		4	1			1	
1	1639	5	1	2	20		2	4	3		1	
10	1643	5	1	2	20		2	1			2	3
1	2131	5	1	3	9	14	5	1			1	
7	2192	5	1	3	3		4	2			1	
7	2205	5	1	2	3		4	2			1	
1	112	6	1	2	8		5	3			1	
3	259	6	1	4	25		8	6		3		
13	307	6	1	2	3		4	1			1	
13	308	6	1	1	3		4	5			1	
1	321	6	1	4	9	19	5	6		1		
1	439	6	1	4	8		5	6		1		
15	672	6	1	3	2	5	8	2			2	2
8	1601	6	1	2	27		1	1			1	
17	2504	6	1	3	2		8	4	5		1	
15	2623	6	1	3	5		1	3			1	
12	2808	6	1	4	3		4	6		3		
1	2821	6	1	4	8		5	6		2		
14	2859	6	1	4	16		1	6		1		
1	3099	6	1	2	26		6	1			1	
1	3470	6	1	2	19		1	1			1	
3	3503	6	1	2	25		8	1			1	

SUJETO:	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSO:	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
14	24	7	2	2	16	5	1	3			1	
14	36	7	3	2	16	5	1	3			1	
1	627	7	1	2	15		3	1			1	
14	822	7	1	4	16	5	1	6		4		
1	943	7	1	2	3		4	4	3		1	
16	1418	7	1	2	8		5	1			1	
19	1420	7	1	4	8		5	6		1		
15	1550	7	1	2	2		8	4	5		1	
3	1572	7	2	3	25		8	4	5		1	
3	1622	7	3	3	25		8	4	5		1	
1	1669	7	1	1	12		1	3			1	
14	1805	7	2	2	16	5	1	5			1	
14	1807	7	3	2	16	5	1	5			1	
3	1839	7	1	2	25		8	2			1	
1	1866	7	1	3	1		1	3			1	
1	1867	7	1	3	1		1	3			1	
14	2033	7	1	1	5		1	5			1	
21	2093	7	1	2	6		1	3			1	
3	2153	7	1	4	25		8	6		4		
14	2177	7	2	4	1		1	6		1		
14	2178	7	3	4	1		1	6		1		
14	2182	7	3	4	1		1	6		1		
1	2239	7	1	3	24		4	1			1	
14	2252	7	2	4	1		1	6		1		
14	2327	7	1	3	1		1	3			1	
3	2422	7	1	3	25		8	4	5		1	
8	3060	7	1	2	18		5	4	2		1	
1	3080	7	1	3	13		5	1			1	
21	3154	7	1	4	10		3	6		1		
21	3155	7	1	4	10		3	6		1		
1	3157	7	1	3	8		5	3			1	
1	3266	7	1	2	9	17	5	5			1	
1	3367	7	1	1	26		6	5			2	3
1	3429	7	1	2	19		1	1			1	
7	3594	7	2	2	26		6	4	4		1	
15	3663	7	1	2	2	5	8	5			1	
21	3711	7	2	2	6		1	5			1	
21	3712	7	3	2	6		1	5			1	
1	3848	7	1	2	28		7	5			1	
12	3998	7	1	2	17		6	3			1	
12	4049	7	1	4	4		8	6		2		

SUJETO:	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
1	4131	7	1	4	1		1	6		1		
13	4180	7	1	4	20		2	6		1		
1	4290	7	1	2	28		7	1			2	3
1	4370	7	1	4	20		2	6		1		
1	4375	7	1	4	14		3	6		1		
1	4405	7	1	2	20		2	4	3		1	
1	4604	7	1	2	28		7	1			1	
1	4606	7	1	2	28		7	1			1	
1	4613	7	1	3	18		5	3			1	
10	4623	7	1	2	19		1	1			1	
1	4662	7	1	2	26	9	6	2			1	
17	4673	7	1	2	19		1	1			1	
14	4704	7	1	4	19		1	6		1		
1	4759	7	1	4	11		1	6		1		
16	4822	7	1	3	19		1	1			1	
21	279	8	1	4	3		4	6		1		
1	337	8	1	2	26		6	5			1	
12	474	8	1	4	1	9	1	6		1		
1	1015	8	1	2	26		6	2			1	
21	1106	8	1	2	3		4	2			1	
21	1108	8	2	1	3	1	4	1			1	
21	1109	8	2	2	1	20	1	3			1	
21	1110	8	1	4	9	26	5	6		1		
21	1111	8	1	4	20		2	6		1		
21	1114	8	3	2	1	20	1	3			1	
21	1118	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1121	8	1	2	14		3	3			1	
21	1123	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1133	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1134	8	3	2	1	20	1	3			1	
21	1135	8	1	4	20		2	6		1		
21	1138	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1140	8	1	2	19		1	1			1	
21	1141	8	1	4	16		1	6		1		
21	1159	8	3	2	1	20	1	3			1	
21	1168	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1170	8	1	3	16		1	1			1	
21	1171	8	1	4	20		2	6		1		
21	1173	8	3	1	3	1	4	1			1	
21	1174	8	3	2	1	20	1	3			1	
1	1267	8	1	3	1		1	3			1	

SUJETO:	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
1	1470	8	1	3	28		7	1			1	
1	1799	8	1	1	15		3	1			1	
14	2167	8	1	2	1		1	1			1	
1	2250	8	1	1	13		5	4	1		1	
15	2481	8	1	2	5		1	3			1	
11	2733	8	1	4	19		1	6		1		
1	3149	8	1	4	6		1	6		2		
1	3213	8	1	4	20		2	6		1		
1	3303	8	1	1	9		5	1			1	
1	3411	8	1	4	9		5	6		1		
1	3548	8	1	2	10	9	3	4	1		1	
2	3710	8	3	3	26		6	3			1	
1	3717	8	1	1	23		1	3			1	
2	3719	8	1	2	9	26	5	1			1	
4	4330	8	2	2	19	20	1	3			1	
1	5155	8	1	2	10		3	3			1	
21	5390	8	1	2	14		3	3			1	
1	5494	8	1	2	14		3	3			1	
21	5967	8	1	3	8		5	3			1	
1	290	9	1	4	6		1	6		1		
1	372	9	2	2	19		1	4	5		1	
2	500	9	1	2	21		7	2			1	
1	611	9	1	2	16	5	1	3			1	
1	878	9	1	4	5		1	6		1		
1	1035	9	1	1	20		2	1			1	
1	1644	9	2	2	1	5	1	5			1	
1	1677	9	1	2	3		4	2			1	
19	1708	9	3	3	2		8	3			1	
4	1751	9	1	2	5		1	1			1	
20	1813	9	1	2	3		4	2			1	
20	1815	9	1	3	6		1	3			1	
20	1821	9	1	1	3		4	5			1	
10	1857	9	1	4	9		5	6		1		
15	1909	9	1	4	18	9	5	6		2		
18	1948	9	1	4	5		1	6		1		
12	2000	9	1	4	6		1	6		1		
1	2030	9	1	1	15		3	1			1	
2	2187	9	1	4	17		6	6		1		
20	2243	9	1	3	5	1	1	3			1	
7	2323	9	1	2	19		1	1			1	
19	2547	9	1	2	17		6	1			1	

SUJETO:	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
2	2648	9	1	4	21		7	6		1		
1	2710	9	1	3	10		3	1			1	
7	2777	9	1	4	19		1	6		1		
16	2793	9	1	3	19		1	3			1	
1	2844	9	1	1	8		5	3			1	
7	2848	9	1	2	3	6	4	1			1	
1	2898	9	1	2	20	14	2	1			1	
7	2939	9	1	1	19		1	1			1	
1	2962	9	1	4	5	8	1	6		1		
8	3172	9	1	3	3		4	4	5		1	
1	3185	9	1	4	14		3	6		4		
1	3190	9	2	2	3	19	4	2			1	
7	3258	9	1	2	3		4	1			1	
2	3276	9	1	3	13		5	1			1	
1	3386	9	1	2	9		5	1			1	
17	3791	9	1	4	1		1	6		1		
7	4196	9	1	4	2		8	6		1		
2	4421	9	1	3	13		5	3			1	
2	4460	9	1	4	21		7	6		1		
1	4488	9	1	4	8		5	6		1		
1	4679	9	2	2	15	9	3	1			1	
1	4872	9	1	2	1		1	3			1	
17	5067	9	1	2	6		1	2			1	
1	5122	9	1	1	9		5	1			1	
3	5364	9	1	4	23		1	6		1		
10	5415	9	2	3	5		1	1			1	
10	5455	9	3	3	5		1	1			1	
10	5518	9	1	3	5		1	1			1	
18	5624	9	1	1	8		5	3			1	
1	5655	9	3	2	19	8	1	3			1	
1	5656	9	3	2	19	8	1	3			1	
7	5659	9	1	4	12	9	1	6		1		
16	5718	9	1	2	8		5	3			1	
10	5723	9	2	2	19		1	2			1	
10	5727	9	2	2	19		1	1			1	
10	5729	9	1	2	19		1	2			1	
10	5730	9	3	2	19		1	2			1	
10	5732	9	3	2	19		1	1			1	
10	5733	9	3	2	19		1	2			1	
10	5736	9	3	2	19		1	2			1	
10	5738	9	3	2	19		1	2			1	

SUJETO	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
10	5748	9	3	2	19		1	2			1	
10	5750	9	3	2	19		1	2			1	
10	5754	9	1	2	19	9	1	4	1		1	
10	5756	9	2	2	19		1	2			1	
10	5978	9	1	2	19		1	3			1	
10	5996	9	3	2	19		1	2			1	
10	5997	9	1	4	3		4	6		1		
10	6011	9	3	2	19		1	2			1	
10	6012	9	1	2	19		1	2			1	
10	6034	9	1	2	19		1	4	1		1	
1	46	10	1	4	6		1	6		1		
10	114	10	1	3	3		4	3			1	
21	187	10	1	2	9		5	3			1	
10	191	10	1	2	5		1	4	1		1	
10	216	10	3	2	3		4	2			1	
10	221	10	1	3	19		1	1			1	
10	222	10	1	2	5		1	4	1		1	
1	235	10	1	3	15		3	3			1	
10	298	10	1	2	5		1	3			1	
12	492	10	3	4	8		5	6		1		
12	493	10	3	4	8		5	6		1		
12	495	10	3	4	8		5	6		1		
10	499	10	1	2	19		1	4	1		1	
10	579	10	1	3	5		1	1			1	
10	585	10	3	1	5		1	4	1		1	
2	605	10	2	4	21		7	6		1		
2	607	10	3	4	21		7	6		1		
10	681	10	1	1	19		1	5			1	
10	686	10	1	1	19		1	5			1	
1	753	10	1	4	6		1	6		1		
10	785	10	1	2	5		1	3			1	
1	944	10	1	2	12	19	1	3			1	
1	1364	10	1	4	15		3	6		1		
1	1369	10	1	4	15		3	6		1		
10	1482	10	1	2	5		1	5			1	
10	1633	10	1	4	3		4	6		1		
1	2381	10	1	2	20	9	2	3			1	
7	2691	10	1	4	3	5	4	6		1		
2	2723	10	1	4	6		1	6		1		
2	2748	10	1	4	21		7	6		4		
1	2769	10	1	4	28		7	6		4		

SUJETO	EXP	AÑO	ACU	RES	TSOL1	TSOL2	CATSOL	INST	ACC	SOB	CUMP	CUMPAR
1	2834	10	1	4	6		1	6		1		
8	3512	10	1	2	8		5	1			1	
7	3588	10	1	4	1		1	6		1		
10	3596	10	1	4	1		1	6		4		
10	3607	10	3	1	1		1	5			1	
10	3625	10	3	4	1		1	6		4		
21	4014	10	1	4	3		4	6		1		
21	4060	10	1	3	19		1	3			1	
20	4374	10	1	3	6		1	3			1	
1	4394	10	1	2	20		2	3			1	
2	4548	10	1	4	17		6	6		1		
1	4558	10	3	4	26		6	6		1		
14	4573	10	1	4	24		4	6		1		
1	4861	10	1	3	19		1	3			1	
1	4977	10	1	3	12		1	1			1	
14	5282	10	1	4	1		1	6		1		
2	5367	10	1	4	21		7	6		1		
12	5530	10	1	4	8		5	6		4		

## Anexo 2. Catálogo de códigos

SUJETO. Tipo de sujeto obligado. Son 21 categorías:

1. Secretaría de Salud.
2. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
4. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, SA de CV.
5. Centros de Integración Juvenil (en la muestra no surgió ningún recurso interpuesto en su contra).
6. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
7. Hospital General de México.
8. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
9. Hospital Juárez de México (en la muestra no surgió ningún recurso interpuesto en su contra).
10. Instituto Nacional de Cancerología.
11. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.
12. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
13. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.
14. Instituto Nacional de Medicina Genómica.
15. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
16. Instituto Nacional de Pediatría.
17. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.
18. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.
19. Instituto Nacional de Rehabilitación.
20. Instituto Nacional de Salud Pública.
21. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

EXP. Número de expediente del recurso de revisión.

AÑO. Año de resolución del recurso de revisión:

3. 2003
4. 2004
5. 2005
6. 2006
7. 2007
8. 2008
9. 2009
10. 2010

ACU. Variable referida a la acumulación de recursos:

1. Recurso que no acumula ningún otro.
2. Recurso donde se acumula(n) otro(s).
3. Recurso acumulado en otro.

RES. Tipo de resolución de acuerdo con el artículo 56 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG).

Son cuatro categorías:

1. Confirma (con instrucción de entrega de documentos).
2. Modifica.
3. Revoca.
4. Se sobresee.

TSOL1. Tema o categoría de la solicitud de información. Son 28 categorías:

1. Compras, contratos, licitaciones.
2. Expedientes clínicos o información contenida en estos.
3. Datos de funcionarios o exfuncionarios.
4. Datos o expedientes personales.
5. Documentos administrativos.
6. Documentos institucionales.
7. Donativos o entrega de recursos a organismos sociales o civiles.
8. Estadísticas sobre enfermedades o emergencias de salud.
9. Estadísticas, estudios e investigaciones del sector salud.
10. Evaluación de programas de salud o asistencia social.
11. Gastos en comunicación social.
12. Información económica de productos o servicios de salud.
13. Información sobre efectos de sustancias para la salud o el medio ambiente.
14. Información sobre programas de salud o asistencia social.
15. Información sobre convocatorias o exámenes y sus resultados.
16. Instalaciones, inmuebles, hospitales.
17. Información sobre materiales y equipos médicos o compañías que los fabrican.
18. Información sobre enfermedades o emergencias de salud.
19. Personal y recursos humanos.
20. Presupuesto, gasto o ejercicio de recursos.
21. Registros, licencias o verificaciones sanitarias.
22. Supervisión de organismos sociales o civiles.
23. Trámites, servicios o quejas.
24. Viajes de funcionarios públicos.
25. Expedientes o información sobre quejas médicas.
26. Información sobre medicamentos o sus compañías fabricantes.
27. Información sobre manejo de muestras o residuos de laboratorio.

28. Información sobre Normas Oficiales Mexicanas (NOM) o normas de salud.

TSOL2. Igual que TSOL1. Solo se utiliza en recursos con más de un tema dentro de la solicitud.

CATSOL. Variable donde se recodifican las 28 categorías de TSOL1 en solo ocho, como sigue:

1. Gestión administrativa e institucional de dependencias y entidades.
2. Presupuesto, gasto y ejercicio de recursos públicos en salud.
3. Gestión y evaluación de proyectos, programas y convocatorias de salud o asistencia social,
4. Información sobre funcionarios o exfuncionarios.
5. Estadísticas, datos, estudios e investigaciones sobre enfermedades, emergencias o temas de salud.
6. Información sobre medicamentos, materiales o equipos médicos y sus fabricantes.
7. Normatividad y regulación sobre temas de salud.
8. Datos personales y expedientes clínicos o de quejas médicas.

INST. Instrucción o acción principal que ordena el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) en sus resoluciones. Son seis categorías:

1. Entrega directa.
2. Versión pública.
3. Búsqueda exhaustiva.
4. Acceso condicionado.
5. Declaración de inexistencia.
6. Se sobresee.

ACC. Para la categoría 4 de INST (acceso condicionado), se detalla el tipo de condición:

1. Notificar al recurrente las modalidades en que la información estará disponible.
2. Notificar al recurrente los costos de entrega de la información.
3. Orientar o hacer del conocimiento del recurrente el lugar o la forma en que puede consultar, encontrar, reproducir, adquirir o acceder a la información solicitada.
4. Se ordena al sujeto obligado a publicar la información en la página de la Internet del portal de obligaciones de transparencia.
5. Notificar al recurrente que la información estará disponible siempre que acredite ser titular de los datos o su representante legal.

SOB. Para la categoría 6 de INST (se sobresee), se detallan las razones del sobreseimiento:

1. Información entregada de manera previa o durante el proceso de resolución del recurso.
2. El recurrente expresó desistir del recurso interpuesto.
3. Superación del plazo máximo de 15 días hábiles para interponer recurso de revisión.
4. El recurso se considera improcedente.

CUMP. Grado de cumplimiento de la resolución en función de la evidencia que aporta el sujeto obligado en cuanto a la información que entregó al recurrente o la acción que realizó:

1. La resolución fue cumplida en forma completa.
2. La resolución fue cumplida en forma parcial.

CUMPAR. Para la categoría 2 de CUMP (cumplimiento parcial), se especifican las causas por las cuales se considera que el sujeto obligado no entregó la información completa de acuerdo con la instrucción realizada por el IFAI:

1. No es competencia de la dependencia o entidad contar con esta información.
2. La información no puede ser entregada al recurrente debido a factores ajenos al sujeto obligado.
3. No hay evidencia suficiente en los archivos del IFAI de que la información fue entregada al recurrente.



Desde 2001 existen en México las leyes de transparencia y acceso a la información tanto en los estados como a nivel federal. A más de una década, cabe preguntarse si han cumplido el cometido de plantear una nueva relación entre el gobierno y la sociedad, con una mayor disponibilidad de información gubernamental. Esta obra se enmarca en el conjunto de las posibles respuestas.

El propósito principal del autor es identificar algunos de los efectos del ejercicio de la transparencia y el acceso a la información derivados de la ley federal en la materia, en particular el tipo de información que termina en las manos de la ciudadanía. Para ello, eligió el tema de la salud, que incluye un caso de estudio de gran trascendencia en el país como lo fue en 2009 la epidemia de influenza A H1N1.

La originalidad de este libro radica en el modelo de análisis aplicado para medir el impacto de las resoluciones de los recursos de revisión del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) en el sector salud. Se trata de un desafío importante, ya que no es común investigar el alcance de una ley de transparencia desde la óptica de los resultados en la vida pública.

**Alfonso Hernández Valdez** es investigador del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es doctor en Ciencias Políticas por la Universidad de Chicago. Desde 2007 es responsable de la línea de investigación sobre “Transparencia y rendición de cuentas” y a partir de 2010 participa a través de varios proyectos de investigación en la línea de “Federalismo y calidad de la democracia”. De 2004 a principios de 2007 fue director general de Estudios e Investigación del IFAI. Es autor de diversos artículos y capítulos de libros sobre el tema.



**ITESO**  
Universidad Jesuita  
de Guadalajara



ISBN 978-607-9361-11-2