

Bogotá, 7 de noviembre de 2012

Doctora:
MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General
CORTE CONSTITUCIONAL
Calle 12 No. 7-65

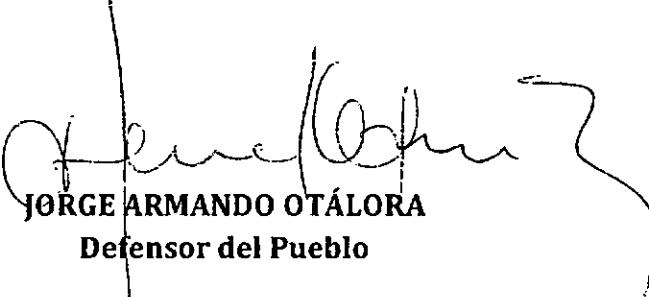


16:50

Respetada doctora Martha:

En cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T- 760 de 2008, de manera atenta remito el cuarto Informe de seguimiento, teniendo en cuenta los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de regulación en Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2011.

Cordialmente,

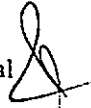


JORGE ARMANDO OTÁLORA
Defensor del Pueblo

Anexo lo anunciado

- C.C. Dr. Alejandro Gaviria Uribe. Ministro de la Protección Social.
- Dra. Ramiro Alonso Vergara Tamara. Comisionado Vocera CRES.
- Dra. Mery Concepción Bolívar Vargas. Superintendente Nacional de Salud.
- Dra. Paola Zuluaga Montaña, Directora de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

Elaboró: Dres. Mariana González, Alexandra Orjuela e Hilario Pardo
Revisó: Dr. Norberto Acosta Rubio - Delegado de Salud y Seguridad Social



**CUARTO INFORME DE CUMPLIMIENTO
SENTENCIA T - 760/08
DIRIGIDO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL**

La Defensoría del Pueblo se permite enviar el cuarto informe del análisis realizado a los reportes presentados por el Ministerio de salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y el Consejo Superior de la Judicatura en cumplimiento a las ordenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional a dichas entidades en la sentencia T- 760 de 2008 y que la entidad viene haciendo seguimiento.

Sin embargo es preocupante el hecho que las entidades obligadas a cumplir con las órdenes establecidas en la sentencia, no estén enviando los informes de cumplimiento - en la periodicidad establecida (ordenada en cada una de las órdenes)- sin que medie una solicitud de esta entidad. Adicionalmente, hay entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, quienes a pesar de los requerimientos de envío o ampliación de información, realizados por la Defensoría, hacen caso omiso a estos.

I. Orden Décimo Octava:

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, en el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, las de salud pública y las de sostenibilidad financiera.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada, el 1º de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación, esta deberá



**Defensoría
del Pueblo**
COLOMBIA

948

•••
• asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.

• Teniendo en cuenta que la CRES no envió el informe en el tiempo estipulado en la orden, la Defensoría del Pueblo procedió a solicitarle el 30 de enero de 2012 la información correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de agosto y el 31 de julio de 2011.

• Después de transcurrido más de un mes, sin que la CRES diera respuesta a la solicitud, la Defensoría procedió a requerirlos nuevamente mediante oficio N° de 20-4040-019 del 06 de marzo de 2012. La doctora Martha Lucía Gualtero Reyes, Comisionada Experta Vocera (E) de la Comisión de Regulación en Salud, dio respuesta mediante oficio N°. 20123100015261 de fecha 15 de marzo de 2012, en donde incluía información correspondiente al periodo mencionado y adicionaba lo adelantado hasta diciembre de 2011.

• 1. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

• En la comunicación recibida por la CRES, con radicado N° 20123100015261 de fecha 15 de marzo de 2012, reitera, las actuaciones adelantadas durante este periodo. En dicha comunicación se hace una relación de las actualizaciones del POS (Acuerdo 17 de 2010, Acuerdo 21 de 2011 y Acuerdo 25 de 2011); de la ampliación a algunas concentraciones de medicamentos incluidos en el Acuerdo 08 de 2009; del estudio de medicamentos, de dispositivos médicos y de procedimientos para una posible inclusión; del proceso que utilizarían para la actualización integral del POS; de los avances en la actualización (identificación de patologías relevantes, clasificación de destinos para estudio y priorización para la evaluación).

• Adicionalmente, dicho informe hace referencia a los Acuerdos 28 y 29 de diciembre de 2011, con los cuales se actualizó el POS, Plan de Beneficios que rige actualmente al Sistema de salud.

2. La valoración del progreso:

A continuación se hace un resumen del proceso de actualización del POS a la fecha:

La actualización de los Planes Obligatorios de Salud (POS) se inició en el año 2009 con la expedición del Acuerdo 003 de la CRES, a través del cual se aclaraba y actualizaba integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Con dicho acuerdo, la CRES manifestó la inclusión en el POS de 543 procedimientos basados en una clasificación por demanda de servicios, con participación de las sociedades científicas y grupos profesionales en salud, e indicó que esta decisión conservaba el equilibrio financiero del SGSSS. Igualmente, mencionó los procedimientos que fueron solicitados por las sociedades científicas, los cuales no quedaron incluidos, según la CRES, porque requerían soportes clínicos, económicos y actuariales. Dicho acuerdo entraría en vigencia en el mes de enero de 2010, cinco meses después de su expedición con el único fin de que las partes interesadas revisaran el contenido y sus alcances y se pronunciaran mediante inquietudes, peticiones o solicitudes debidamente fundamentadas respecto a las inclusiones o exclusiones. La CRES también realizó un ejercicio de participación ciudadana, en el cual se recibieron 3.471 respuestas sobre un formulario prediseñado. Luego de haber recibido las inquietudes, recomendaciones y solicitudes de las partes interesadas sobre el Acuerdo 03, la CRES decidió derogarlo, expidiendo el Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009.

Este último acuerdo aclaró y actualizó los contenidos de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, e incorporó el concepto de integralidad como principio y enfoque de los Planes Obligatorios de Salud. En materia de cobertura de insumos, el acuerdo en mención indicaba que las EPS debían garantizarlos, así como los suministros y materiales, sin excepción, para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertas en el acuerdo, salvo

950



excepción expresa de la misma norma. Por consiguiente, al pasar del POS establecido en la Resolución 5261 de 1994 al Acuerdo 08 de la CRES, se consideraban incluidos más de 300 procedimientos, la mayoría por efecto de cambio de nomenclatura de Mapipos a CUPS (Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS a Código Único de Procedimientos en Salud), el cual presenta mayor detalle. Este cambio permitiría una mayor precisión en los contenidos, en concordancia con lo solicitado por la Defensoría del Pueblo en diversos estudios donde se pedía que en los contenidos del POS se estableciera taxativamente qué se incluía y qué no, tal y como aparecía en los tarifarios del extinto Seguro Social.

Posteriormente, en el año 2011 con el acuerdo 21 del 15 de febrero, se ampliaron unas concentraciones de algunos medicamentos incluidos en el acuerdo 08 de 2009 y con el Acuerdo 25 del 24 de mayo, fueron incluidos los medicamentos clopidogrel y alendronato, de tres presentados en consulta ciudadana, los cuales salieron de una lista de doce (12) propuestos por la CRES con base en un estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia.

En el mismo año, la CRES expidió el Acuerdo 28 del 30 de noviembre, donde define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud, con vigencia a partir del 01 de enero de 2012. Sin embargo, debido a las múltiples solicitudes de modificaciones, aclaraciones y/o adiciones, la CRES decide derogarlo y para el efecto expide el Acuerdo 29 del 28 de diciembre de 2011, aplicable a partir del 01 de enero de 2012. Con dicho acuerdo, la CRES realizó los siguientes cambios: incluyó 44 procedimientos para ambos regímenes, 11 procedimientos en los cuales se aumentan la cobertura para ambos regímenes, 7 procedimientos incluidos para la población afiliada al Régimen Subsidiado sin unificación, 114 medicamentos incluidos para ambos regímenes, 14 medicamentos en los cuales se incluyen otras concentraciones y formas farmacéuticas, 6 inclusiones para ambos regímenes respecto de complementos nutricionales y dispositivos, 2 correcciones por duplicidad, y suprimió 66 medicamentos.



Defensoría
del Pueblo
COLOMBIA

951

Durante el año 2012, no se ha realizado ninguna actualización.

3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivos:

- Actualización y ampliación del plan de beneficios.
- El ejercicio de participación ciudadana que adelanta la CRES a nivel nacional.

Negativos:

- Persistencia de las negaciones POS por parte de las EPS, sin que se adopten medidas para evitar que siga sucediendo.
- La incertidumbre existente respecto al periodo de actualización del POS, por cuanto la Sentencia T-760/08 indica que se debe realizar cada año y la ley 1438 de 2011 indica que es cada 2 años.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

- La manifestación constante de las aseguradoras quienes se amparan en las supuestas "zonas grises" para negar servicios POS
- Falta de consenso entre los mismos representantes de los usuarios para priorizar las actualizaciones del POS, en beneficio general.
- Incorporaciones al POS sujetas a las decisiones que tomen los Ministerio de Protección Social y Hacienda.

II. Orden Décimo Novena:

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos, ordenados por el

... médico tratante a sus usuarios, que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, y (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad, indicando en cada caso las razones de la negativa y, en el primero de los eventos, dando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión del Comité Técnico Científico.

Ministerio de Salud y Protección Social:

1. La valoración del Progreso.

A continuación se hace un resumen del cumplimiento a esta orden:

En el año 2009 la Defensoría del Pueblo, previo requerimiento tanto telefónico como por email, logró que algunas entidades de aseguramiento enviaran la información respectiva (faltaron 20). Tras el análisis de la misma, la entidad encontró que durante el último trimestre del 2008, el total de negaciones ascendía a 129.124. También halló que de este total 10.339 correspondían al régimen contributivo, de las cuales el 69,5% eran negaciones realizadas por el CTC. Coomeva, Salud Total y Compensar encabezaban el listado, con 1.936, 1.774 y 1.273, respectivamente. En cuanto a las negaciones en el régimen subsidiado, le correspondieron 118.785, y las EPS que más negaban eran Comfamiliar Huila (30.297), Comfamiliar Cartagena (19.684) y Comparta (13.382). Así mismo, la Defensoría encontró que muchas de las negaciones estaban fundamentadas en la Resolución 3099 de 2008, por la cual le sugirió al ministerio que la ajustara a lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional respecto de la garantía de acceso a los servicios en salud, ya que las dos modificaciones realizadas a dicha resolución sólo se referían al tema de recobros.

En el año 2009, debido a que las EPS no enviaban la información respectiva, la Corte Constitucional requirió al Ministerio de la Protección Social para que tomara las medidas necesarias con el fin de que la orden se cumpliera. Como resultado de dicho requerimiento, dicha entidad expidió la



953

Resolución 3173 de 2009, la cual le ordenaba a las entidades de aseguramiento enviarles directamente la información sobre negaciones, excluyendo de su envío directo a la Defensoría del Pueblo y a la CRES, como lo establecía la orden 29.

En el año 2010, la Defensoría del Pueblo, analizando la primera información enviada por el Ministerio de la Protección Social, la cual comprendía el informe de negaciones de enero a octubre de 2009, concluyó que los datos allegados no permitían determinar el total de negaciones, ya que más de la tercera parte de las entidades de aseguramiento no reportaron información a dicho ministerio, de modo que no se mostraba la realidad de las negaciones. Así mismo, la Defensoría del Pueblo estableció que la Resolución 3173 de 2009 había generado diversas interpretaciones entre las aseguradoras en cuanto al envío de la información; por ejemplo, en algunos archivos, las variables estaban corridas, en otros, las EPS no informaban los motivos cuando debían hacerlo e informaban cuando no debían hacerlo, el nombre de los archivos no permitía diferenciar el régimen al que pertenecía la EPS (cuando esta prestaba sus servicios en ambos) y, para completar, otras EPS manifestaron su imposibilidad de subir la información al sistema que el ministerio determinó a través de su página web.

En definitiva, al comparar la información enviada por el Ministerio de la Protección Social (56.204 negaciones en el periodo de enero a octubre de 2009) y la suministrada a esta entidad por algunas EPS (98.297 negaciones sólo en el primer trimestre del 2009) no concordaba el número de negaciones y era mayor el de las segundas, por lo que se presumía que faltaban mecanismos de verificación de la información que las EPS estaban enviando al ministerio.

En el año 2011, debido a los problemas presentados con la Resolución 3173 de 2009, el Ministerio de la Protección Social decidió derogarla y expidió la Resolución N° 163, sin que se evidenciara ningún progreso, toda vez que la información continuaba llegando incompleta o simplemente no llegaba, lo

111
954

...
cual impedía realizar los análisis respectivos. En el mismo año, previo requerimientos realizados por esta entidad, el Ministerio de la Protección Social envió un informe de cumplimiento de la orden. Del informe, la Defensoría del Pueblo nuevamente concluyó que dicha entidad no había tomado las medidas necesarias para adoptar un mecanismo que le permitiera cumplir lo ordenado por la Corte Constitucional en cuanto a medir la negación de los servicios en salud y tampoco tenía control de la poca información que le llegaba.

Adicionalmente, la Defensoría concluyó que la información enviada por las EPS primero al ministerio y luego a esta entidad, no era clara ni suficiente para cumplir con la finalidad de la orden 19, por lo que era imperioso que el Ministerio de Salud y Protección Social tomara las medidas necesarias para que la información que emitieran las entidades obligadas, cumpliera con los parámetros establecidos en la sentencia T- 760 de 2008, y fuese enviada a todas las entidades que la orden estableció, para que se garantizara un adecuado control a las negaciones.

En enero de 2012 nuevamente se requirió al Ministerio de Salud y Protección Social, solicitando información sobre el cumplimiento de esta orden con corte a 31 de diciembre de 2011, e indicando la forma como estaban verificando la información sobre negaciones que les llegaba por parte de las entidades de aseguramiento, así como los archivos de negaciones de las EPS correspondientes al periodo de enero a diciembre de 2011, conforme a lo estipulado en la Resolución 163 de 2011 y que hubiese surtido el proceso de verificación. Sin embargo, dicha entidad no dio respuesta, pese a un segundo requerimiento realizado un mes y medio después.

Posteriormente, en abril de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 744 del 9 de abril de 2012, con vigencia a partir de mayor y que derogó las resoluciones anteriores, en razón de las dificultades antes enunciadas y ordena remitir a la Defensoría del Pueblo y



123
955

a las demás entidades la información, tal como lo establecía originalmente la orden 19 y que no estaba contemplado en las resoluciones anteriores.

Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo empezó a analizar la información reportada por las distintas EPS a partir del mes de mayo, encontrando que dicha información sigue presentando problemas de calidad para algunas EPS, razón por la cual la entidad, empezó a oficiar a las EPS respectivas informando sobre los inconvenientes encontrados de tal manera que corrigieran la información y la enviaran nuevamente. Actualmente la Defensoría continúa con el proceso de verificación para realizar un informe de negaciones cuando se tengan las bases respectivas debidamente corregidas.

No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social no se ha manifestado respecto de la calidad de la información recibida con base en la Resolución 744 de 2012. Sin embargo, en oficio enviado a esta entidad el 10 de septiembre, declaran que dentro de las acciones adelantadas para mejorar la calidad de la información están la capacitación a los funcionarios encargados de diligenciar el reporte de registro de negación y medicamentos, y el establecimiento de un sistema de comunicación rápido y efectivo para resolver dudas y aclaraciones, lo cual -por lo ya mencionado - no se ve reflejado en la información que actualmente están enviando las EPS a la defensoría y por consiguiente debe ser la misma que envían al Ministerio.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

A pesar de los requerimientos realizados por la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Salud y Protección Social no dio respuesta a las solicitudes específicas y el 6 de septiembre de 2012 envió un reporte de negaciones del primer trimestre de este año de acuerdo a la información reportada por las EPS con base en la Resolución 163 de 2011.

Con los problemas de calidad de información y la falta de datos de algunas EPS se pueden resaltar las siguientes conclusiones:

- El 34% de los registros no informa sobre la causal de negación de servicios.
- Solamente un 12,91% se encuentra explícito como negaciones NO POS.
- El número de negaciones va en aumento.
- El 75% de las negaciones son realizadas directamente por las EPS y el 25% por el CTC, lo anterior podría suponer que muchas de ellas son servicios que se encuentran dentro del plan de beneficios los cuales finalmente terminan en tutelas que confirmarían los resultados obtenidos por la Defensoría del Pueblo en su último estudio "La Tutela y el Derecho a la Salud 2011", en el cual el 67,81% de las solicitudes en las tutelas fueron por servicios POS.

3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Negativos:

- No se evidencia gestión del Ministerio de Salud para solicitar la corrección de los archivos que no se pudieron leer, razón por la cual algunas EPS aparecen sin reportes.
- Se sigue presentando deficiencias en la calidad de la información.
- Algunas EPS continúan sin enviar la información, sin que se tomen medidas al respecto.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

No se puede determinar las reales causas por las cuales las EPS están negando los servicios a los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de registros no lo contiene.

Superintendencia Nacional de Salud:

Con relación a esta orden, la Defensoría le solicitó la siguiente información:

"(...) En cumplimiento a lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar se dé respuesta en forma clara y detallada a los siguientes interrogantes: 1. ¿Cuáles EPS tanto del régimen subsidiado como contributivo han sido sancionadas, por el incumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T- 760 de 2008 y en qué ha consistido la sanción? Dicha información debe corresponder al período comprendido entre el 01 de enero de 2010 y el 31 de octubre de 2011. 2. Igualmente informar: • ¿Cuántas de las EPS sancionadas han cumplido con la sanción impuesta? • Si a las EPS sancionadas les ha sido revocada la resolución, indicar el motivo. • Informar si las investigaciones, trámites adelantados y sanciones impuestas contra las EPS que han omitido la presentación de informes o lo han hecho de forma indebida, han sido realmente efectivas y eficaces para lograr el cumplimiento de esta orden (19)..."

Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a requerirlo nuevamente, indicando: *"(...) Con el fin de atender lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-4040-002 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)*

Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos requerimientos, por lo que esta entidad no tiene conocimiento de sanciones a EPS por incumplir con la orden 19.

III. Orden vigésimo:

Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con



113
958

••••
• mayor frecuencia incurrir en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas;
• (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y
• (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas.
• El informe a cargo de la Superintendencia y el Ministerio deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008.

• **Ministerio de la Protección Social**

• Con relación a esta orden, la Defensoría solicitó al Ministerio de la Protección Social, lo siguiente: "(...) 2. Informar, con ocasión a la orden 20 de la sentencia, las medidas adoptadas por su Despacho, para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente los servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Igualmente, informar el seguimiento que ha realizado a las acciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud para el cumplimiento efectivo de esta orden (...)"

• Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-4040-001 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

• Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos requerimientos.

• **Superintendencia Nacional de Salud:**

• Con relación a esta orden, la Defensoría le solicitó la siguiente información: "(...) 2. Enviar informe de cumplimiento a la orden 20 de la sentencia. Dicha información deberá ser enviada a la Defensoría en un instrumento que indique las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrir en prácticas violatorias del derecho a la salud, si fueron

* * *
* sancionadas o no, los motivos de dicha sanción e indicar si fue cumplida o no. En caso que
* haya habido revocatoria de la sanción, explicar el motivo de la revocatoria. Dicha
* información debe ser clara, concreta y debe contener información del período comprendido
* entre el 01 de noviembre de 2008 y el 31 de octubre de 2011(...)"

* Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a
* requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la
* sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-
* 4040-002 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el
* fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha
* información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo
* contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

* Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos
* requerimientos.

* Sin embargo, a raíz del auto 044 del 7 de marzo de 2012, en el cual la Corte
* le ordenaba tanto al Ministerio como a la Supersalud presentar un informe
* conjunto del cumplimiento a esta orden, dichas entidades enviaron a la
* Defensoría un informe, el cual después de analizado, concluyó lo siguiente:

- Los indicadores reportados fueron calculados con información incompleta, pues, cerca del 50% de las EPS obligadas a reportar, no lo hicieron.
- La calidad de la información reportada por las EPS que lo hicieron, es muy deficiente, tal como lo manifiesta el mismo informe, razón por la cual los indicadores para estas EPS, no son ajustados a la realidad.
- No existe un ranking como tal, ya que los indicadores se presentan de manera individual para cada uno de los servicios y no como un modelo que reúna todos los indicadores, por lo que no es posible realizar un ordenamiento de las EPS que sirva para que los usuarios puedan tomar decisiones en cuanto a la elección de su entidad aseguradora.
- Respecto a las causas por las cuales la Superintendencia sanciona a

las EPS, no es posible identificar cuál es la práctica más recurrente en cada una de ellas, ya que la información es presentada a nivel global. Lo anterior, hace que este indicador tan importante para la elaboración de un ranking, no se pueda tener en cuenta para cada una de las EPS.

- Con relación a las medidas adoptadas para garantizar el derecho a la salud de los usuarios, no hay un informe concreto de actividades realizadas hasta el momento, sino que presentan opciones para garantizar este derecho, a mediano plazo, como son las redes de controladores, el sistema de monitoreo y el registro de negaciones, los cuales hasta la fecha, no han generado resultados, dada la reciente reglamentación de estos procesos.

Por lo anterior, la Defensoría se permite hacer las siguientes recomendaciones:

- Para la elaboración del ranking, se deben establecer componentes que reúnan variables afines.
- Los indicadores se deben sacar con información validada, para lo que es necesario que las EPS inicialmente hagan un filtro de validación de los datos, los cuales puedan ser contrastados con información obtenida en trabajo de campo y con las quejas reportadas por los usuarios.
- La información reportada por las EPS, no debería ser tomada en cuenta para la elaboración del ranking, pues está demostrado que la información que reportan dichas entidades, no es ajustada a la realidad, tal como se ha evidenciado por diferentes actores del sistema (congresistas, pacientes, entes territoriales, etc.) en distintos escenarios.
- El informe que presente la Supersalud respecto a sanciones, debe incluir el nombre de la EPS, el número de sanciones, el motivo por el cual fueron sancionadas y el tipo de sanción, de tal forma que se pueda elaborar un componente que permita hacer un ordenamiento

de las entidades.

- Es necesario que se tomen las medidas respectivas para aquellas entidades que no reporten información oportunamente y con la calidad requerida.

Finalmente, es de anotar, que el Ministerio de Salud presentó, en cumplimiento al auto 044, un cronograma para elaborar y actualizar el ranking anual de EPS e IPS, el cual se encuentra en proceso de ejecución, culminando en el cuarto trimestre del 2013.

IV. Orden vigésimo primera:

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Un informe sobre el proceso de cumplimiento de esta orden deberá ser remitido a la Corte Constitucional antes del 15 de marzo de 2009 y comunicado al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la Defensoría del Pueblo.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Respecto a esta orden, la Defensoría le solicitó a la CRES: "(...) se informe de manera clara y concreta cada uno de los interrogantes que se enuncian a continuación: ¿qué medidas han tomado para realizar la verificación de la unificación del POS para los niños y niñas?, ¿qué problemas han detectado en la implementación de la unificación? ¿qué medidas han adoptado para solucionar los problemas encontrados? Según los resultados obtenidos y desde su perspectiva, informar el grado de cumplimiento de esta orden y si ha sido efectiva o no. Dicho informe debe contener datos del período comprendido entre el 01 de enero de 2010 y el 31 de octubre de 2011(...)".

Después de transcurrido más de un mes, sin que la CRES diera respuesta a la solicitud, la Defensoría procedió a requerirlos nuevamente mediante oficio N° de 20-4040-019 del 06 de marzo de 2012 así: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-4040-003 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo... Igualmente le comunico que, con el fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

Análisis a la respuesta dada por la CRES:

La doctora Martha Lucía Gualtero Reyes, Comisionada Experta Vocera (E) de la Comisión de Regulación en Salud, dio respuesta mediante oficio N° 20123100015261 de fecha 15 de marzo de 2012.

1. La identificación del problema:

Para la Defensoría del Pueblo, no existe una verificación real del cumplimiento a esta orden, dado que la CRES no ha hecho un monitoreo efectivo para este grupo poblacional que permitan determinar si hay problemas o no en la unificación, y su aseveración de que "la unificación del POS para las personas menores de edad no ha mostrado situaciones que pueden identificarse como problemas" es solo una percepción y no una confirmación sobre datos reales.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

La CRES en respuesta al requerimiento realizado, manifiesta que crearon un observatorio cuyo objetivo era el de determinar el acceso a las prestaciones de salud brindadas a este grupo poblacional afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, en el informe enviado, no hace referencia a los resultados de este observatorio, si no que se concentran en el

análisis de las negaciones reportadas por las EPS en cumplimiento a la orden 19.

3. La valoración del progreso:

Para la Defensoría del Pueblo, no se evidencia progreso por las circunstancias antes mencionadas, pues no hay una evaluación efectiva por parte de la CRES de las negaciones antes y después de la unificación.

4. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivo:

- La creación de un observatorio para la verificación de la efectividad de la unificación del POS para menores de 18 años.

Negativo:

- El no cumplimiento de los objetivos del observatorio creado en el 2009 y la falta de continuidad de éste en los siguientes años.
- La calidad de la información reportada por las EPS sobre negaciones de servicios, la cual como se ha dicho en repetidas ocasiones presenta problemas de calidad, sin embargo el análisis para el cumplimiento de la orden no debe basarse solamente en esta fuente de información sino que debe correlacionarse con otras fuentes como tutelas, recobros, quejas etc.

5. Principales dificultades que persisten y sus causas

- Falta de adecuados sistemas de información y no exploración de otras fuentes para verificar la efectividad de la unificación.
- La creencia por parte de la CRES de que la ampliación de la cobertura

964

es sinónimo de calidad y acceso a los servicios razón por la cual no hay problemas con la unificación.

V. Orden vigésimo segunda:

La Comisión de Regulación en Salud deberá remitir a la Corte Constitucional, antes del 1 de febrero de 2009, el programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, el cual deberá incluir: (i) un programa; (ii) un cronograma; (iii) metas medibles; (iv) mecanismos para el seguimiento del avance y (v) la justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud. Copia de dicho informe deberá ser entregada a la Defensoría del Pueblo en dicha fecha y, luego, cada semestre, deberá elaborar informes de avance del cumplimiento del programa y del cronograma, a partir de la fecha indicada.

Respecto a la unificación de los planes de beneficios, la Defensoría solicitó: *"(...) enviar tres (3) informes de cumplimiento respecto a la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008, así: el primero, correspondiente al último semestre del año 2010; el segundo, al primer semestre del año 2011; y el tercero, al segundo semestre del año 2011. Cada informe deberá contener información clara y precisa respecto al avance en el programa y el cronograma en cada semestre (...)"*

Después de transcurrido más de un mes, sin que la CRES diera respuesta a la solicitud, la Defensoría procedió a requerirlos nuevamente mediante oficio N° de 20-4040-019 del 06 de marzo de 2012 así: *"(...) Con el fin de atender lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-4040-003 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo... Igualmente le comunico que, con el fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"*

965

* **Análisis a la respuesta dada por la CRES:**

* A la fecha de presentación de este informe, la CRES dio cumplimiento a la
* orden 22, unificando el plan de beneficios del régimen subsidiado al
* contributivo, adelantándose a lo previsto en el cronograma establecido por
* dicha entidad. Sin embargo, el impacto de la unificación aún no ha sido
* evaluado en el sentido de determinar si las EPS continúan o no negando los
* servicios que entraron al POS.

* **VI. Orden vigésimo tercera:**

* *Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para
* regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS
* autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de
* salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para
* la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del
* Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.*

* *Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena
* al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras
* este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas
* necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS,
* extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de
* la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de
* aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a
* medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente
* excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico
* tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden
* deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente
* sentencia. Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con
* la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación
* mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no
* cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.*

* *El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un
* informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la
* Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.*

Con relación a esta orden, el 30 de enero del año en curso, la Defensoría le solicitó al Ministerio: "(...) 3. Informar, con ocasión a la orden 23, la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud, con el fin de determinar el trámite que deben dar los CTC a las órdenes expedidas por médicos tratantes no pertenecientes a la red de servicios. Igualmente, le solicito indicar: ¿Qué medidas han adoptado para evitar la delegación del trámite administrativo al usuario, el cual, según quejas presentadas ante esta entidad, se sigue presentando sobre todo en las solicitudes No POS? ¿Qué medidas han adoptado para que las EPS cumplan con el principio de integralidad de que trata la sentencia, cuando aún persiste la fragmentación de los servicios en salud, a pesar de ser autorizados? (...)"

Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-4040-001 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos requerimientos, y el único antecedente con que se cuenta -en cumplimiento al Auto 066 de 2012 - es la expedición por parte del Ministerio de la Circular 019 de 2012, en la cual dicho Ministerio recuerda a las Entidades promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entidades obligadas a compensar y entes territoriales, el deber que les asiste cuando se requiere con urgencia un servicio, actividad, intervención, insumo, medicamento, dispositivo y procedimiento de salud no incluido en Plan Obligatorio de Salud, solicitado por el médico tratante, de prestarlo y suministrarlo de manera inmediata sin que medie trámite ante el Comité técnico científico o junta técnico - científica de pares cuando estas sean conformadas.

No obstante lo anterior, la Honorable Corte Constitucional emitió el Auto 198 de 2012, en el cual le ordena al Ministerio de Salud y Protección Social y a la CRES enviar un informe a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, en el que se especifiquen las medidas adoptadas

para garantizar el cumplimiento de lo ordenado por dicha circular. Así mismo deben manifestar que sanciones han sido impuestas por la no observancia de lo ordenado en dicha normatividad.

Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo estará atenta a dicho informe, para analizar si las medidas adoptadas son suficientes o no para el cumplimiento de esta orden y proceder a informarle a la Honorable Corte Constitucional.

VII. Orden vigésimo octavo:

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información,

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia.

El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespeta el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.

Respecto a la orden 28, la Defensoría, el 30 de enero de 2012 le solicito al Ministerio de Salud, informar sobre cada uno de los siguientes planteamientos: "(...)El proceso de verificación realizado por el Ministerio de Salud que

968

* *garantice que al momento de la afiliación de un usuario, se le haya entregado la carta de*
* *derechos y la carta de desempeño; El seguimiento realizado a las Resoluciones 1817, 2818 y*
* *4392 de 2009 emitidas por el Ministerio de Salud; Sobre la información suministrada por el*
* *MPS a las EPS, con el fin de que estas entreguen a los usuarios la carta de desempeño, tal*
* *como lo establece la Resolución 1817 de 2009 en su artículo 5. La anterior información*
* *debe contener datos del período comprendido entre el 01 de enero de 2010 y el 31 de*
* *diciembre de 2011(...)*"

* Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a
* requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la
* sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-
* 4040-001 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el
* fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha
* información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo
* contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

* Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos
* requerimientos.

VII. Orden vigésimo noveno:

* *Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para*
* *asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en*
* *Salud, en la fecha fijada por la Ley -antes de enero de 2010-. En caso de que alcanzar esta*
* *meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una*
* *nueva meta, debidamente justificada.*

* Respecto a esta orden, la Defensoría le solicito dar respuesta de manera
* clara y concreta, a cada uno de los siguientes interrogantes: "(...) ¿Qué
* procesos han realizado para que las autoridades locales cumplan con la implementación de
* los listados de población elegible?; ¿Qué políticas han implementado para incentivar a
* quienes tienen capacidad de pago sin vinculación laboral, para que coticen al régimen
* contributivo? ¿Qué medidas han adoptado para garantizar que a las personas que no se
* encuentran aseguradas conocidas como "vinculados", no se les cobre la cuota de
* recuperación, que por las condiciones económicas de las personas que pertenecen a dicho
* grupo, se convierte en barrera de acceso, y se les haga extensivo el beneficio contemplado en

* el literal g del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007? ¿Qué medidas han contemplado para
* lograr la cobertura universal de los niveles 3 y 4 del Sisbén que por las características socio
* económicas del país presentan una pobreza coyuntural afectada por el desplazamiento, el
* desempleo y otros factores? La anterior información debe contener datos del período
* comprendido entre el 01 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2011(...)"

* Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a
* requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la
* sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-
* 4040-001 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el
* fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha
* información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo
* contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)"

* Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos
* requerimientos.

VIII. Orden Trigésimo:

* *Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala
* Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y
* a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los
* problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las
* razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1º de febrero de 2009.*

* Con ocasión a esta orden, la Defensoría le solicitó al Ministerio: "(...) *Enviar
* de conformidad con la orden 30, los informes de cumplimiento correspondientes a los
* períodos comprendidos entre el 01 de febrero de 2010 al 31 de enero de 2011 y, del 01 de
* febrero de 2011 al 31 de enero de 2012. Igualmente le solicito informar, en cumplimiento al
* Auto 145 de 2010, sobre las medidas, los recursos y el personal necesarios que dispuso el
* Ministerio de la Protección Social para que estos informes anuales se soporten en criterios o
* indicadores que permitan una medición completa, confiable y precisa del número de
* acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos relacionados en la Sentencia T-760
* de 2008(...)"*

* Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a
* requerirlo nuevamente, indicando: "(...) Con el fin de atender lo ordenado en la
* sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar respuesta al oficio No. 20-
* 4040-001 de fecha 30 de enero de 2012, el cual anexo. Igualmente le comunico que, con el
* fin de cumplir los términos exigidos por la Honorable Corte Constitucional, dicha
* información deberá allegarse a más tardar el viernes 16 de marzo del año en curso, de lo
* contrario, el reporte se realizará sin la información de la entidad que usted representa (...)

* Es de anotar, que a la fecha, no se ha recibido respuesta a dichos
* requerimientos. Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social
* contrató con la universidad de los Andes, el diseño y desarrollo de una
* investigación para identificar la línea de base y las tendencias de los
* problemas jurídicos identificados para dar cumplimiento a esta orden.

* Recientemente, la Defensoría del Pueblo presentó el sexto informe de "La
* tutela y el derecho a la Salud 2011. 20 años del uso efectivo de la tutela" en
* el que se evidenció la reactivación del número de tutelas para acceder a los
* servicios de salud presentándose un incremento del 12,11% con respecto al
* año 2010. Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo ha brindado al grupo
* de investigación de la Universidad de los Andes, por solicitud del
* Ministerio, asesoría sobre la metodología utilizada para el estudio
* adelantado.

* **IX. Orden trigésimo segundo:**

* *Ordenar a la Secretaría General de esta Corporación remitir copia de la presente sentencia
* al Consejo Superior de la Judicatura para que la divulgue entre los jueces de la república.*

* En cumplimiento a esta orden, la Defensoría le solicitó al Consejo Superior
* de la Judicatura -CSJ- información sobre el número de funcionarios de la
* rama judicial, la forma y el tiempo en que habían sido capacitados respecto
* de la Sentencia T-760 de 2008, y la ejecución, análisis y medición de cada
* una de las actividades adelantadas por dicha entidad en su difusión.
* Igualmente, las directrices tomadas para que el proceso de capacitación

971

fuera periódico y obligatorio, tal como lo estableció el Auto 144 de 2011, y que enviaran copia del programa y cronograma ordenado en dicho auto.

El doctor Néstor Raúl Correa Henao, Presidente de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, dio respuesta mediante oficio PSA12-622 del 20 de febrero de 2012. Posteriormente, la doctora Paola Zuluaga Montaña, directora del Centro de Documentación Judicial CENDOJ, dio respuesta mediante oficio CDJ12-343 del 16 y 21 de marzo de 2012.

Para la Defensoría del Pueblo, las respuestas dadas por el CSJ no responden a ninguno de los interrogantes planteados y se limitó a informar lo mismo que había dicho en el primer requerimiento realizado por esta entidad, respecto a que el CSJ tenía un vínculo disponible en la web de la rama judicial con la información de la sentencia T-760/08, que habían divulgado su contenido por correo electrónico de la rama a todos los jueces de la república y que en el portal de la página web de la misma continuaba publicada, así como los autos de seguimiento.

Igualmente, estas acciones no cumplen con lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional, ya que la Defensoría considera que la divulgación debió realizarse a través de un proceso pedagógico regionalizado que permitiera una mayor apropiación de la defensa del derecho a la salud, toda vez que algunos jueces han solicitado a la entidad capacitación respecto de la misma, labor que debería ser liderada por el CSJ. Además, esta entidad considera que el simple envío de la información no es garantía de que hubiese sido leída y estudiada por los destinatarios. Así mismo, para esta entidad hace falta un programa de capacitación para los jueces que incluyan la Sentencia T-760 de 2008 y el conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por último, no enviaron el programa y cronograma solicitado.