



**JUZGADO 33 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE  
LOCALIDAD DE CHAPINERO**

Bogotá, D.C., veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**ACCIÓN DE TUTELA** No. 11001-41-89-033-2022-00033-00

**Accionante:** RODRIGO OLAYA BUSTOS, actuando como agente oficioso de su hijo PEDRO JOSE OLAYA.  
**Accionado:** EPS FAMISANAR. -VINCULADAS COMPAÑÍA COCLEAR COLOMBIA S.A.S., SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., IPS CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR y médico tratante Dr. JOSE GUZMAN.  
**Asunto:** Sentencia de Primera Instancia.

**ASUNTO A RESOLVER**

Procede el Despacho a resolver la ACCIÓN DE TUTELA de la referencia presentada por RODRIGO OLAYA BUSTOS, actuando como agente oficioso de su hijo PEDRO JOSE OLAYA, en la que se acusa la vulneración de los derechos fundamentales a la salud, diagnóstico efectivo y vida digna.

**ANTECEDENTES**

**Hechos.**

-Manifestó el accionante que su hijo se encuentra afiliado a la E.P.S. Famisanar y tiene 15 años, pero con ocasión a su enfermedad denominada “Hipoacusia Neurosensorial Bilateral Profunda”, tiene comportamiento de un menor de 5-6 años, además dificultades físicas y sobre todo auditivas.

-Agregó que en virtud de lo anterior, debe hacer uso de un implante coclear en el oído derecho, aparato vital para poder escuchar, entender, comunicarse y escribir, sin embargo el asignado a presentado las siguientes fallas: **Cables**

**antena:** Trasmite señal de manera intermitente; **Batería:** Poco tiempo de duración; **Base del cargador:** Tres módulos presentan dificultades para la carga de batería, se reporta un fallo, cuales fueron detalladas por la profesional Lorena González (fonoaudióloga), por Dictamen que fue emitido por la Compañía Coclear Colombia S.A.S., el 16 de marzo de 2020.

-También que, dichas fallas las informó a la EPS de manera presencial y por teléfono, explicándoles que su hijo no puede ir a estudiar, no puede tener amigos, ni vivir dignamente, y la EPS da respuestas evasivas, tales como “debe esperar” o similares.

-El 08 de abril de 2021 presentó petición de reposición del implante coclear ante la EPS, y, en respuesta le informan que debía ser solicitado por la plataforma “MIPRES”, por ende, a pesar de no tener conocimiento en sistemas y con ayuda de terceros, realizó el trámite, empero el resultado fue negativo, pues no existe un código en MIPRES para repuestos de ayudas auditivas, lo cual lo acredita con la cita que tuvo su hijo el 25 de agosto de 2021, con el especialista en Otorrinología, Dr. José Guzmán, y por orden médica No. 27549611, adicionalmente le indican que según el Ministerio de Salud los repuestos de ayuda auditiva implantes (cables, antenas, baterías) no están cubiertos por el sistema y deben ser asumidos el paciente.

-Finalmente, indicó tener 62 años de edad, ser la única persona a cargo de su hijo, ser vendedor informal de frutas y verduras en la calle, no recibir un mínimo como ingreso, sin embargo le da la mejor calidad de vida a su hijo, pero desafortunadamente no cuenta con los recursos necesarios para arreglar o cambiar el implante, siendo una situación compleja y frustrante ya que ha intentado por todos los medios y en repetidas ocasiones ante la EPS, para que continúe con el proceso del tratamiento, pues no ha podido hacer las terapias respectivas, presentando deterioro en su salud y le argumentan que el procedimiento se encuentra por fuera del Plan Obligatorio de Salud.

### **Pretensiones.**

En consecuencia, solicita se ordene a la entidad accionada suministrar el arreglo y/o remplazo del implante coclear ordenado por su médico tratante, además realizar el cambio de pastillas cada 2 meses como se ordena en la

recomendación técnica, y en caso de deterioro o reparación, se realice sin dilataciones de ningún tipo.

### **Trámite Procesal.**

Correspondiéndole por reparto a este Juzgado conocer de la acción, mediante auto calendado 10 de febrero de 2022 se admitió la tutela, ordenándose oficiar a la entidad accionada, y vinculándose a la COMPAÑÍA COCLEAR COLOMBIA S.A.S., y a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., para que se pronunciaran sobre cada uno de los hechos y derechos que dieron origen a la presente acción constitucional; por otro lado, se dispuso comunicar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, y a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES), para que efectuaran pronunciamiento sobre el caso.

También por auto de fecha 21 de febrero 2022, en virtud de la respuesta emitida por E.P.S. FAMISANAR S.A.S., se ordenó vincular al IPS CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR y al médico tratante Dr. JOSE GUZMAN.

-La **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES**, después de traerá colación la normatividad que consideró pertinente, hizo énfasis en que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficiarios en Salud con cargo a la UPC., máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

Agregó que de conformidad al artículo 4° de la Resolución 205 de 2020 se establecen los deberes de las EPS o las EOC para garantizar el acceso a los medicamentos, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, por cuanto la nueva normativa fijó la

metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos **quedaron a cargo absoluto de las entidades promotoras de los servicios, significa que la ADRES ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios “no incluidos” en los recursos de la UPC** y así suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

Por lo anterior, solicitó negar el amparo solicitado por el accionante, pues los hechos descritos y el material probatorio resultan innegable a esa entidad, pues no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere sus derechos fundamentales, y en consecuencia su desvinculación.

-**COCHLEAR COLOMBIA S.A.S.**, informó que es una empresa líder en soluciones auditivas implantables a nivel mundial, dedicados a darle el don de la audición a las personas que sufren hipoacusia moderada a profunda; en cuanto al caso del señor RODRIGO OLAYA BUSTOS, confirmó el reporte de revisión de equipo emitido por el profesional de la institución y avala su concepto, adicional informó que a la fecha no ha recibido notificación de autorización por parte de la EPS o alguna entidad correspondiente para la entrega de los accesorios o cambio de su implante.

-La **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, después de poner de presente la normatividad oportuna para el caso, precisó que resulta improcedente su vinculación, teniendo en cuenta que, una vez analizada la presente acción de tutela y las manifestaciones realizadas la parte accionante, advierte que consultada la página web de la ADRES registra afiliación ante FAMISANAR EPS, régimen SUBSIDIADO en estado ACTIVO desde el /12/2018 hasta la fecha, lo que permite corroborar la inexistencia del nexo causal por esa entidad entre el hecho y la violación de derecho, por lo tanto solicitó su desvinculación de toda responsabilidad dentro de la presente acción de tutela, toda vez que la violación de los derechos que se alegan como conculcados, no deviene de una acción u omisión atribuible a esa entidad, lo que impone la declaratoria de falta de legitimación pasiva.

-ELIZABETH FUENTES PEDRAZA, en calidad de Directora de Gestión del Riesgo Poblacional de la **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**, informó que lo solicitado está **EXPRESAMENTE EXCLUIDO** para ser financiados con los recursos públicos asignados a la salud (UPC) y PRESUPUESTO MAXIMO (Resolución 586 de 2021), como es el REEMPLAZO DEL IMPLANTE COCLEAR y CAMBIO DE PASTILLA (sin orden médica vigente), además se pide el suministro indeterminado y a futuro de servicios sin los estudios de pertinencia y procedencia establecidos en las normas que rigen el SGSSS bajo el concepto de TRATAMIENTO INTEGRAL.

Añadió que el suministro de REEMPLAZO DEL IMPLANTE COCLEAR y CAMBIO DE PASTILLA no se encuentra autorizado por lo siguiente: “No cobertura como servicio con cargo a la UPC, Resolución 2292 de 2021, además, en virtud del literal “a” del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 en adopción de los lineamientos impartidos por el artículo 154 de la ley 1450 de 2011”, además “Suministrar un servicio excluido de la Resolución 2292 de 2021 conlleva una indebida destinación de recursos públicos de la salud.”

También que ha autorizado todos los servicios requeridos por PEDRO JOSE OLAYA conforme a las ordenes médicas expedidas por los galenos tratantes y que cumplan con los requisitos establecidos en las normas que regulan el SGSSS, no obstante, con respecto al suministro de servicios **EXPRESAMENTE EXCLUIDOS**, como lo es; REEMPLAZO DEL IMPLANTE COCLEAR y CAMBIO DE PASTILLA no se encuentran autorizados y no son susceptibles de ser autorizados por cuanto no existe orden médica emitida por un profesional de la salud que solicite dicho servicio y con las especificaciones técnicas pretendidas por el accionante.

Aclaró además que así los servicios reclamados estén ordenados por el Galeano tratante, los mismos no se pueden financiar con los recursos públicos asignados del Sistema de Salud, con cargo a la UPC y mucho menos al presupuesto máximo.

Además indicó para el caso en concreto el Ministerio de Salud y Protección Social el 7 de mayo de 2021 expidió la Resolución 586 de 2021, estableció el listado de los servicios y tecnologías **EXPRESAMENTE EXCLUIDOS** y por ende no pueden ser financiados con los recursos públicos asignados al Sistema de

Salud establecido a partir del primero de marzo de 2020 es “**limitado**”, servicios que por sí mismos no son instrumentos de carácter terapéutico para superar una patología y ni siquiera guarden los principios de conexidad y finalidad con la patología base del usuario, como los servicios aquí pretendidos por el accionante

Por otro lado, señaló que la radicación en la plataforma MIPRES realizada por el usuario, el formulario para la contingencia se encuentra diligenciado de manera incorrecta, toda vez que el accionante no cuenta con los servicios debidamente prescritos, además evidenció que allegó únicamente el formulario sin identificación del Nit, ni el código de autorización, por cuanto la prescripción de servicio y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC será realizada por el profesional de la salud a través del aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social MIPRES, a fin de que el afiliado pueda acceder al servicio de manera oportuna.

Finalmente, solicitó la declaratoria de improcedencia de la presente acción, por cuanto el servicio no cuenta con orden médica, no pueden ser financiados con los recursos públicos asignados al Sistema de Salud a través de la UPC Resolución 2292 de 2021 y del Presupuesto Máximo Resolución 586 de 2021, además el usuario no cumple con los requisitos necesarios, porque va en contravía de la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

-El **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, indicó que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden acceder a todos los servicios y tecnologías en salud disponibles y aprobados en el país, salvo que cumplan algún criterio de exclusión de los definidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud, debiendo en este caso ser garantizadas por parte de la EPS cuando sean prescritas por parte del profesional de salud tratante.

Sobre el procedimiento solicitado por el accionante denominado **INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES**, indicó que está incluido en el anexo 2 de la Resolución 2292 de 2021 *“Por la cual se actualiza y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de pago por Capitación (UPC), se encuentran las tecnologías en salud (procedimientos en salud) en los siguientes términos:*

(20.9.6: INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTES) y la obligación en la prestación del servicio recae exclusivamente sobre la EPS, sin derecho a ejercer recobros ante el ADRES.

Finamente se opone a las pretensiones formuladas, por no haber violado ni amenaza derecho fundamental alguno, en consecuencia, solicita ser exonerada de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro de la presente acción de tutela.

**-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**, señaló que una vez notificada de la presente acción de tutela dio traslado inmediato, al área competente, esto es, a la Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud de la entidad y como respuesta, el Dr. Reyes Murillo mediante comunicación DIR CIEN 0036 – 2022, informó lo siguiente: “(...) *“acorde a lo descrito en la acción de tutela con número registrado en el asunto, se informa que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE no oferta, no presta servicios relacionados con implante coclear, no lleva a cabo este procedimiento, no realiza adaptación a implante coclear ni los ajustes requeridos en este tipo de intervenciones.”*, además que *“Al revisar el Sistema de Información institucional –Dinámica Gerencial Hospitalaria se evidencia que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE prestó atención al paciente Pedro José Olaya, con documento N° 1077968358 el 05 de enero de 2022 en el servicio de medicina general. (...)”*.”

De acuerdo a lo anterior, manifestó que, como Institución Prestadora de Servicio de Salud no ha vulnerado derecho fundamental alguno de los invocados por el accionante, como quiera que ha actuado conforme a lo dispuesto por la ley, en consecuencia, solicitó la declaratoria de improcedencia y su desvinculación.

**-NINI JOHANA SOTO PERPIÑAN**, actuado como Abogada de la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO**, informó que la IPS de COLSUBSIDIO presta, entre otros, los servicios de salud bajo la modalidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), a través de una Red de Clínicas y Centros Médicos.

En relación con el caso, indicó que PEDRO JOSÉ OLAYA RAMÍREZ paciente de 15 años de edad con historia de HIPOACUSIA NEURO SENSORIAL BILATERAL profunda, usuario de implante coclear derecho desde 2012, última actualización en 2018, quien refiere que solamente usa una pila por el daño de la otra, realizó revisión de los componentes externos del implante el 16 de marzo de 2021 e indica que tiene dañado el cable, la batería y la base del cargador de la batería, luego el paciente adelanta seguimiento a través de la especialidad de otorrinolaringología.

Agregó que durante la evaluación médica del día 25 de agosto de 2021 se expuso a familiar del paciente que según el Ministerio de salud los repuestos de ayudas auditivas, dentro de ellos: Cables, antenas, baterías no están cubiertos por el plan de beneficios, y deben ser asumidos por el paciente, se dio orden para reprogramación de implante coclear.

Señaló lo siguiente:

“-El procesador hace parte del implante, no es un componente externo como tal, en ese caso hay que dar cumplimiento con lo definido por el Ministerio de Salud, en el concepto enviado (asunto 21742300839682, caso 53652825 De 2017-05-05).

-La revisión del implante coclear está incluida en el plan de beneficios, se realiza por la casa proveedora, no necesita autorización, ni tiene costo, por tanto, no se deben hacer trámites por MIPRES.

-El ministerio de salud avala la revisión y desincronización de los componentes externos del implante coclear, pero indica que los elementos que se configuran como accesorios: Cables, baterías, antenas, etc., no corresponden al ámbito de la salud por tanto no son cubiertos con cargo a la UPC.

-Los dispositivos o suministros que no hacen parte integral de procedimientos CUPS como puede ser el cambio de pilas no es posible prescribirlos.

También que el paciente recibió la asistencia clínica idónea a través de la especialidad de otorrinolaringología, exponiéndose frente a la necesidad de cambios de componentes de implante que los mismos no se encuentran incluidos dentro del plan de beneficio y en tal sentido no fueron prescritos, por ende indica que no hay negación en el servicio por esa entidad.

En relación a las pretensiones indicó que, no están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (recursos de salud) y por la tanto deben ser asumidas por el paciente, en este caso por los padres del menor, condición normativa que acoge, sin vulnerar derechos de rango constitucional, por ende solicitó la declaratoria de improcedencia.

### **CONSIDERACIONES**

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991 estableció que toda persona tiene acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, o contra particular frente al cual se encuentre en condiciones de subordinación. Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

#### **Problema Jurídico**

En el presente asunto corresponde establecer, si la entidad accionada vulnera los derechos fundamentales del menor PEDRO JOSE OLAYA, al no autorizar la reposición, reemplazo y/o cambio de pastilla del implante coclear en virtud de las recomendaciones dadas en la revisión de equipo Cochlear Nucleus (IPS COCLHEAR COLOMBIA S.A.S.), por cuanto los repuestos de ayudas auditivas (cables, antenas, baterías) no están cubiertos por el Plan de Beneficiarios y deben ser asumidos por el paciente, según lo establece la IPS COLSUBSIDIO y la EPS FAMISANAR.

#### **Procedencia de la demanda de tutela**

*Legitimación activa.* La Constitución Política en su artículo 86 consagra la posibilidad de que cualquier persona puede acudir a la acción de tutela como mecanismo de defensa para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En el caso concreto, el accionante RODRIGO OLAYA BUSTOS, como agente oficioso aduce violación de algunos derechos fundamentales de

su hijo menor PEDRO JOSE OLAYA, razón por la cual, se encuentra legitimado para presentar la acción.

*Legitimación pasiva.* La parte accionada, conformada por la EPS FAMISANAR, con fundamento en lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, está legitimada como parte pasiva en el presente asunto, en la medida que se les atribuye la violación de los derechos en discusión.

*El derecho fundamental de los niños a la salud. Reiteración de jurisprudencia. (Sentencia T-674/16)*

Como lo señala el artículo 44 de la Carta Política<sup>1</sup>, el derecho a la salud de los niños tiene carácter fundamental y, además, con soporte en preceptos superiores y en instrumentos de derecho internacional, son considerados sujetos de especial protección constitucional y acreedores de un acentuado amparo en sede de tutela, en tanto que sus derechos prevalecen sobre las prerrogativas de los demás, por ende, deben ser tratados con preferencia.

Protección que se acrecienta cuando el pequeño padece algún tipo de discapacidad o enfermedad que le suponga sufrir la merma en su capacidad física, por lo que, de conformidad con las directrices contenidas en los artículos 13 y 47<sup>2</sup> Superiores, le corresponde al Estado adelantar políticas públicas tendientes a buscar su rehabilitación e integración social y, de esa manera, es su deber brindarles la atención especializada que requieran.

En ese sentido, a los menores de edad que padecen una enfermedad que les ha generado algún tipo de discapacidad física, mental o sensorial, se les debe prodigar la totalidad del componente médico previsto para el manejo del padecimiento que le sobrevino así no se obtenga su recuperación completa y definitiva, pues los mismos, aunque sirvan solo como paliativos, aseguran que al paciente se le dé la posibilidad de vivir en el mayor nivel de dignidad a que haya lugar.

---

<sup>1</sup> Constitución Política de Colombia. Artículo 44: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, (...)”.

<sup>2</sup> Constitución Política de Colombia. Artículo 47: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”

Ahora, importante resulta garantizarles a los niños con disminuciones físicas las condiciones de accesibilidad al componente médico que requieran, para que disfruten del más alto grado de salud. Tal exigencia se deriva de la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas. La cual, en lo que resulta importante a efecto de resolver el caso concreto, señaló:

*“b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:*

*i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.*

*ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. (...) Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.*

*iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. (...).”*

Así las cosas, se debe procurar porque en el sistema de salud colombiano, los niños puedan acceder a los servicios de la manera más fácil posible, no solo desde la perspectiva de infraestructura sino también eliminando todas las barreras que se establezcan por sus condiciones particulares y financieras y las de su núcleo familiar.

La Corte Constitucional en la Sentencia T – 485 de 201925, decidió respecto a la vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de una ciudadana que solicitó el amparo frente a la negativa de su

E.P.S. de suministrarle la silla de ruedas prescrita por su médico tratante con fundamento en que no se trataba de un insumo pertinente para su recuperación, no hacía parte del PBS, y no podía ser financiada con recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, para ello se revisó la manera como se ha diseñado al interior del sistema la financiación de los mismos y los requisitos que deben cumplir para que sean entregados por las entidades prestadoras de salud, frente a lo cual se puntualizó:

**“Acceso a medicamentos, procedimientos e insumos incluidos, no incluidos expresamente y expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud. Reiteración de jurisprudencia.**

*(...) el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la **Resolución 5592 de 2015**, por medio de la cual se actualiza el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y fija un conjunto de servicios y tecnologías que, como bien lo señala el artículo 2 de la mencionada resolución, “se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en esta resolución”. Cuando por vía tutela se pretende exigir algún servicio o tecnología incluido en el PBS, se debe verificar previamente el cumplimiento de los siguientes requisitos:*

*“(i) Se encuentre contemplado en el POS; (ii) sea ordenado por el médico tratante, generalmente adscrito a la entidad promotora del servicio; (iii) sea indispensable para garantizar el derecho a la salud del paciente; (iv) sea solicitado previamente a la entidad encargada de la prestación del servicio de salud.”<sup>3</sup>*

*Lo anterior no significa que aquellas tecnologías en salud que no son financiadas por la Unidad de Pago por Capitación estén excluidas y en consecuencia deban ser negadas por parte de las EPS, para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1885 de 2018, mediante la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de dichas tecnologías. La mencionada Resolución dispone entre otras cosas lo siguiente:*

**Artículo 30. Parágrafo 1: “En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento de la herramienta tecnológica o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin”. (Negrilla fuera del texto original)**

---

<sup>3</sup> Sentencias T-552 de 2017, T-275 de 2016, T-073 de 2013, T-760 de 2008, entre otras.

**Artículo 31.** “Corresponde al hecho cierto de la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, por parte de las EPS y las EOC., las cuales deberán: **i)** verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, **ii)** implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, **iii)** garantizar el suministro efectivo de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios sin trámites adicionales y, **iv)** garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones”. (Negrilla fuera del texto original)

(...)

“Bajo ninguna circunstancia podrán: **i) negarse sin justa causa el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios** a los usuarios, **ii)** exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud cuando la IPS o los proveedores definidos para realizar el respectivo suministro sean distintos, **iii)** solicitar nuevas citas con los profesionales de la salud para realizar nuevas prescripciones de acuerdo a las anulaciones y **iv)** negar el suministro efectivo cuando la Junta de Profesionales ha dado aprobación, incluso fuera de los términos”. (Negrilla fuera del texto original)

Así, en aquellos casos en que los elementos no se encuentren cubiertos expresamente por el PBS con cargo a la UPC o cubiertos, pero no financiados por la UPC, las EPS están facultadas para activar el mecanismo previsto en la Resolución 1885 de 2018 con el fin de que la Administradora del Sistema de Salud -ADRES<sup>4</sup>- reconozca los gastos en que incurrieron.

(...)

A modo de conclusión, el sistema de salud contempla tres escenarios cuando un servicio, procedimiento, medicamento o insumo sea requerido por un usuario, a saber:

“(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC; (ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización; (iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del

---

<sup>4</sup> El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos del sistema y ejercer los respectivos controles. Esta entidad sustituyó al FOSYGA. En el mismo sentido en el título III de la resolución 1885 de 2018 se establece el trámite para las solicitudes de recobro.

*procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017.*<sup>5</sup> (Negrilla y subraya del texto original).

Por su parte, la Sentencia T-156/21 puntualizó:

**19. Relación entre el derecho fundamental a la salud y la dignidad humana.** La Corte considera que el derecho fundamental a la salud “*guarda una estrecha relación con el principio de la dignidad humana*”<sup>6</sup>, porque “*las prestaciones propias de esta prerrogativa, permiten que el individuo desarrolle plenamente las diferentes funciones y actividades naturales del ser humano, lo que consecuentemente eleva el nivel de oportunidades para la elección y ejecución de un estilo de vida*”<sup>7</sup>. Para la Corte, “*los usuarios del sistema de salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana*”<sup>8</sup>. Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó “*un Plan de Beneficios en Salud (PBS) en el que se incluyen de manera expresa ciertos servicios y tecnologías de salud*”<sup>9</sup> financiados con cargo a los recursos públicos asignados a la salud.

**20. Plan de beneficios en salud. El plan de beneficios en salud** “*es el compendio de los servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del sistema de salud*”<sup>10</sup>. Este plan está “*estructurado sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas*”<sup>11</sup>. Sin embargo, los recursos públicos asignados a la salud no cubren la totalidad de los servicios y tecnologías de salud. Por expresa disposición legal, estos recursos “*no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías*”<sup>12</sup> respecto de los cuales se advierte que: (i) tengan propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas, (ii) no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica, (iii) su uso no hubiere sido autorizado por la autoridad competente, (iv) se encuentren en fase de experimentación y, por último, (v) tengan que ser prestados en el exterior. Según la ley 1751 de 2015, “*los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos*”<sup>13</sup> del plan de beneficios en salud<sup>14</sup>. Por lo anterior, la Corte ha sostenido que, por regla general, “*todo servicio o medicamento que no esté expresamente excluido [del plan de beneficios en salud], se entiende incluido*”<sup>15</sup>. Esto, en el marco de la

<sup>5</sup> Parámetros compilados en Sentencia T-464 de 2018.

<sup>6</sup> Id.

<sup>7</sup> Sentencias T-499 de 1992 y T-017 de 2021.

<sup>8</sup> Sentencia T-017 de 2021.

<sup>9</sup> Sentencia SU-508 de 2020.

<sup>10</sup> Sentencia T-124 de 2019.

<sup>11</sup> Sentencia T-508 de 2019.

<sup>12</sup> Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Ver, también, sentencia SU-124 de 2018.

<sup>13</sup> Sentencia T-001 de 2021.

<sup>14</sup> Con todo, “[l]a concepción integral de la salud impone considerar que la atención de la enfermedad, su paliación y la rehabilitación de sus secuelas, puede cobijar servicios que prima facie han sido excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), cuando su finalidad esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento vital de las personas”. Cfr. Sentencia T-365 de 2019.

<sup>15</sup> Sentencia SU-508 de 2020. En la actualidad, los servicios y tecnologías incluidas en el plan de beneficios en salud se financian con recursos de: (i) la Unidad de Pago por Capitación (UPC), (ii) el presupuesto máximo que la ADRES transfiere a las entidades prestadoras de salud y (iii) el mecanismo de recobros ante ADRES. Además, los servicios y tecnologías en salud excluidos de financiación con recursos públicos de la salud se encuentran contenidas en Resolución 244 de 2019. Cfr. Sentencia T-365 de 2019. Por excepción, la Corte ha precisado que “que la atención de

“concepción integral de la salud”<sup>16</sup>.

**21. Integralidad en la prestación del servicio de salud.** A la integralidad en la prestación de los servicios de salud se adscribe “la obligación de asegurar la disponibilidad de todos los tratamientos, medicamentos e intervenciones necesarias para garantizar la plenitud física y mental de los individuos”<sup>17</sup>. Por esta razón, el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 dispone que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa”, con el fin de “prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador”. Para la Corte, la integralidad en la prestación de los servicios de salud implica que “el servicio de salud prestado por las entidades del Sistema debe contener todos los componentes que el médico tratante establezca como necesarios para el pleno restablecimiento del estado de salud”<sup>18</sup>, o de ser el caso, para “la mitigación de las dolencias del paciente, sin que sea posible fraccionarlos, separarlos o elegir cuál de ellos aprueba en razón del interés económico que representan”<sup>19</sup>. Con todo, la Sala advierte que, “en los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud” diagnosticada por el médico tratante.

**22. Derecho al diagnóstico médico.** El diagnóstico médico es un derecho adscrito al derecho a la salud que “deriva del principio de integralidad”<sup>20</sup> y consiste “en la garantía que tiene el paciente de exigir de las entidades prestadoras de salud la realización de los procedimientos que resulten precisos con el objetivo de establecer la naturaleza de su dolencia”<sup>21</sup>. Para la Corte, el diagnóstico del médico tratante adscrito a la EPS “constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo”<sup>22</sup>, por cuanto es la “persona capacitada, y con criterio científico, que conoce al paciente”<sup>23</sup>. Por tanto, la prescripción médica, que es el “acto mediante el cual se ordena un servicio o tecnología o se remite al paciente a alguna especialidad médica”<sup>24</sup>, es vinculante para “las autoridades encargadas”<sup>25</sup> de prestar el servicio público de salud. Además de prever todos los “mecanismos encaminados a proporcionar una valoración técnica, científica y oportuna”<sup>26</sup>, dichas entidades deben implementar todas las acciones necesarias para cumplir con “el diagnóstico”<sup>27</sup> prescrito por el médico tratante. Es más, la Corte ha señalado que “si no existe orden médica, (...) el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera”<sup>28</sup>.

**23. Etapas del diagnóstico médico.** El diagnóstico médico está compuesto

---

la enfermedad, su paliación y la rehabilitación de sus secuelas, puede cobijar servicios que prima facie han sido excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), cuando su finalidad esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento vital de las personas”.

<sup>16</sup> Id.

<sup>17</sup> Sentencias T-508 de 2019, T-100 de 2016, T-619 de 2014, T-395 de 2014, T-392 de 2013, T-053 de 2009, T-536 de 2007 y T-136 de 2004.

<sup>18</sup> Sentencias T-081 de 2019 y T-464 de 2018.

<sup>19</sup> Id.

<sup>20</sup> Sentencia T-508 de 2019.

<sup>21</sup> Sentencias T-027 de 2015 y T-1181 de 2003.

<sup>22</sup> Sentencias T-235 de 2018, T-742 de 2017, T-637 de 2017, T-686 de 2013, T-374 de 2013, T-025 de 2013, T-872 de 2011, T-178 de 2011, T-435 de 2010 y T-320 de 2009.

<sup>23</sup> Id.

<sup>24</sup> Id.

<sup>25</sup> Sentencia SU-508 de 2020.

<sup>26</sup> Sentencias T-171 de 2018, T-365 de 2017, T-100 de 2016, T-719 de 2015, T-787 de 2014, T-395 de 2014, T-927 de 2013, T-020 de 2013, T-064 de 2012 y T-359 de 2010.

<sup>27</sup> Cfr. SU-508 de 2020.

<sup>28</sup> Id.

por tres etapas, a saber: (i) “la prescripción y práctica de pruebas, exámenes y estudios médicos ordenados a raíz de los síntomas presentados por el paciente”<sup>29</sup>, para “[e]stablecer con precisión la patología que padece”<sup>30</sup>; (ii) “la calificación, igualmente oportuna y completa”<sup>31</sup>, de las pruebas, exámenes y estudios practicados “por parte de la autoridad médica correspondiente”<sup>32</sup> y, por último, (iii) “la prescripción, por el personal médico tratante, del procedimiento, medicamento o implemento que se considere pertinente y adecuado, a la luz de las condiciones biológicas o médicas del paciente, el desarrollo de la ciencia médica y los recursos disponibles”<sup>33</sup>. Según lo ha precisado la jurisprudencia constitucional, estas etapas “debe[n] materializarse de forma completa y de calidad”<sup>34</sup>, en la medida en que “se erige[n] como verdadero presupuesto de una adecuada prestación del servicio de salud”<sup>35</sup>.” (Se resalta)

### **Caso en concreto**

Concretamente lo indicado por el libelista como agente oficio de su hijo menor, estaba dirigido a que por este mecanismo excepcional y expedito se le ordenara a la entidad accionada autorizar la reposición, reemplazo y/o cambio de pastilla del implante coclear, por cuanto presenta fallas, pues solamente usa una pila por el daño de la otra, tiene dañado el cable, la batería y la base del cargador de la batería.

Descendiendo al *sub lite* y revisadas las pruebas documentales aportadas, se observa que el menor PEDRO JOSE OLAYA RAMIREZ tiene 15 años de edad con diagnóstico HIPOACUSIA NEURO SENSORIAL BILATERAL PROFUNDA y desde el 2012 usa implante coclear derecho, quien registra afiliación activa desde el 17 de diciembre de 2018 ante Famisanar EPS régimen Subsidiado.

Fue aportado al plenario CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD con categoría de discapacidad auditiva, expedido por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., de fecha 05-01-2022, con un nivel de dificultad global de 70.56.

También orden medica No. 27549611 de la IPS CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO de fecha 03-03-2021 para “REVISIÓN Y

---

<sup>29</sup> Sentencias T-001 de 2021, T-508 de 2019, T-651 de 2014 y T-639 de 2011, entre otras.

<sup>30</sup> Id.

<sup>31</sup> Id.

<sup>32</sup> Id.

<sup>33</sup> Id.

<sup>34</sup> Sentencia T-508 de 2019.

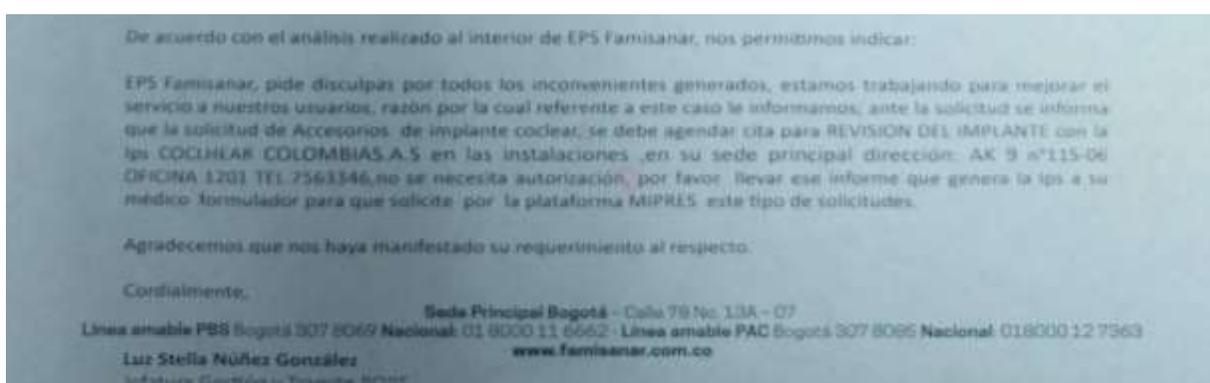
<sup>35</sup> Sentencias T-452 de 2010, T-717 de 2009 y T-083 de 2008.

AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVOS AUDITIVO IMPLANTEBE” con justificación del Profesional José Guzmán:

“PACIENTE CON HIPOACUSIA NEUROSESNIORIAL BILATERAL PROFUNDA POP IMPLANTE COCLEAR DERECHO DR REY 2012. REFIERE ULTIMA ACTUALIZACION EN 2018. PADRE REFIERE SOO ESTA USANDO 1 PILA YA QUE LA OTRA ESTA DAÑADA. ULTIMA PROGRAMACION HACE 1 AÑO. DESDE HACE 2 AÑOS NO REALIZA TERAPIA EF: OTOSCOPIA NORMAL IDX: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL, IMPLANTE COCLEAR DERECHO PLAN: SE LE EXPLICA AL PADRE DEBE REALIZAR REVISIÓN Y REPORGRAMACION DEL IMPLANTE. DEBE CONTINUAR CON TERAPIA AUDITIVO VERBAL. CONTROL UNA VEZ TENGA LA REVISIÓN”.

El equipo de revisión COCHLEAR NUCLEUS (IPS COCLHEAR COLOMBIA S.A.S.), el 16 de marzo de 2021 con descripción de fallo al hacer revisión de componentes con procesador CP 910, Profesional Lorena González – Fonoaudióloga –soporte clínico, **encontró: “Cables antena: transmite señal de manera intermitente; Batería: poco tiempo de duración; Base del cargador: tres módulos presentan dificultades para la carga de batería, reportan fallo”** y **como recomendaciones sugiere, toda vez que se encuentra fuera de garantía: “-Compra de cable de antena –Compra de batería –Compra de base de cargador”**, lo anterior, debido a que hace más de un año no se realiza programación, **sugiere cambio de pastillas cada 2 meses.**

Por otro lado, la EPS Famisanar en respuesta al Distrito Capital Q – 1278365 (SUPERSALUD –PQRD-21-1246469) el 09 de noviembre de 2021 refiere lo siguiente:



También se le indica al accionante que para reposición del implante coclear debe ser solicitada por plataforma MIPRES (FECHA 08-ABR-2021) y la IPS

COLSUBSIDIO explica al padre que según el Ministerio de Salud los repuestos de ayuda auditivos implantes (cables, antenas, baterías) no están cubiertos por el sistema y deben ser asumidos por el paciente, nuevamente le da orden para reprogramación del implante coclear y terapias auditivo-verbales por 6 meses, Dr. José Guzmán Otorrinolaringólogo –otólogo –neurotólogo.

La IPS Cochlear Colombia S.A.S., en la contestación dada al Despacho y en virtud de la presente acción, **confirman el reporte de revisión de su equipo emitido por un profesional y avalan su concepto**, informado que a la fecha no han recibido notificación de autorización por parte de la EPS o alguna entidad correspondiente para la entrega de los accesorios o cambio de implante.

Por su parte, la IPS COLSUBSIDIO durante evaluación médica del día 25 de agosto de 2021 expuso a familiar del paciente que según el Ministerio de salud los repuestos de ayudas auditivas, dentro de ellos: Cables, antenas, baterías, no están cubiertos por el plan de beneficios (Resolución 5269 de 2017), y deben ser asumidos por el paciente, y dio orden para reprogramación de implante coclear. También en atención al antecedente de Hipoacusia Neuro Sensorial Bilateral informa que el paciente recibió la asistencia clínica idónea a través de la especialidad de otorrinolaringología, **exponiéndose frente a la necesidad de cambios de componentes de implante** que los mismos no se encuentran incluidos dentro del plan de beneficio y en tal sentido no fueron prescritos.

La EPS Famisanar, indicó al Juzgado respecto al suministro de servicios EXPRESAMENTE EXCLUIDOS para ser financiados con los recursos públicos asignados a la salud (UPC) y PRESUPUESTO MAXIMO (Resolución 586 de 2021), como lo es REEMPLAZO DEL IMPLANTE COCLEAR y CAMBIO DE PASTILLA, no encontrarse autorizados y no ser susceptibles de ser autorizados por cuanto no existe orden médica emitida por un profesional de la salud que solicite dicho servicio y con las especificaciones técnicas pretendidas, además no contar con el MIPRES.

Expuesto lo anterior, es evidente que el menor PEDRO JOSE OLAYA RAMIREZ por su discapacidad auditiva con un IDX: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL requiere del IMPLANTE COCLEAR DERECHO para

sus actividades cotidianas, esto es, escuchar, entender, comunicarse y escribir, además con el fin de realizar las terapias auditivo-verbales programadas por su médico tratante.

El accionante (padre), además de su mayoría de edad (62 años), no cuenta con los recursos económicos para asumir los costos del arreglo de las fallas o cambio del implante –lo cual no fue desvirtuado por la EPS, a más de que el accionante está en el régimen subsidiado-.

No obstante lo anterior, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, informa al Despacho que, el procedimiento solicitado por la parte accionante denominado “INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES”, **está incluido** en el ANEXO 2 de la Resolución 2292 de 2021 Por la cual se actualiza y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de pago por Capitación (UPC), se encuentran las tecnologías en salud (procedimientos en salud), en los siguientes términos:

20.9.6.	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES</b>
---------	---

Agregando que la prestación del servicio recae exclusivamente sobre la EPS y no le asiste derecho alguno a ejercer RECOBRO ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, de conformidad con el Artículo 9 de la Resolución 2292 de 2021.

“ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS y TECNOLOGÍAS DE SALUD. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS. el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en concordancia con lo señalado en el artículo 22 de esta Resolución, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional”

En tal sentido, este Juzgador considera que es necesario conceder el amparo constitucional solicitado, toda vez que las IPS en donde ha sido tratado el menor, esto es, COLSUBSIDIO y Cochlear Colombia S.A.S., esta última

entidad en donde se realizó revisión del implante por las fallas presentadas, coincidan en su diagnóstico para el cambios de componentes de implante, al encontrarse las siguientes fallas “Cables antena: trasmite señal de manera intermitente; Batería: poco tiempo de duración; Base del cargador: tres módulos presentan dificultades para la carga de batería, reportan fallo” con sugerencias de “-Compra de cable de antena –Compra de batería –Compra de base de cargador” y cambio de pastillas cada 2 meses.

Téngase en cuenta que, de conformidad con la jurisprudencia de la Corte, el diagnóstico del médico tratante adscrito a la EPS “constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo”<sup>36</sup>, por cuanto es la “persona capacitada, y con criterio científico, que conoce al paciente”<sup>37</sup>. **Por tanto, la prescripción médica, que es el “acto mediante el cual se ordena un servicio o tecnología o se remite al paciente a alguna especialidad médica”<sup>38</sup>, es vinculante para “las autoridades encargadas”<sup>39</sup> de prestar el servicio público de salud;** como es del caso, toda vez que el menor necesita de dicho implante en debidas condiciones para tener una vida digna, en relación con sus actividades cotidianas y más para la realización de sus terapias en virtud de su tratamiento.

Luego como quiera que la EPS Famisanar no ha dado una solución a sus necesidades y excusa su responsabilidad en la existencia de irregularidades en el diligenciamiento del formato “MIPRES” (carga que no le corresponde al extremo accionante), además que dicho servicio está expresamente excluidos, no encontrarse autorizado y no ser susceptibles de ser autorizados por cuanto no existe orden médica; contrario a lo revisado en el expediente, se observa la necesidad de autorizar la reposición, reemplazo y/o cambio de pastilla del implante coclear, atendiendo las recomendaciones de los médicos y especialistas, además de encontrarse incluido en el ANEXO 2 de la Resolución 2292 de 2021 “INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES”, conforme lo indica el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

---

<sup>36</sup> Sentencias T-235 de 2018, T-742 de 2017, T-637 de 2017, T-686 de 2013, T-374 de 2013, T-025 de 2013, T-872 de 2011, T-178 de 2011, T-435 de 2010 y T-320 de 2009.

<sup>37</sup> Id.

<sup>38</sup> Id.

<sup>39</sup> Sentencia SU-508 de 2020.

Se le recuerda a la convocada que “la interrupción o negación de la prestación del servicio de salud por parte de una EPS, como consecuencia de trámites administrativos injustificados, desproporcionados e impertinentes, no puede trasladarse a los pacientes o usuarios, pues dicha circunstancia desconoce sus derechos, bajo el entendido de que puede poner en riesgo su condición física, sicológica e incluso podría afectar su vida”<sup>40</sup>.

Como consecuencia de lo aquí señalado, en aras de amparar los derechos constitucionales fundamentales a la salud, diagnóstico efectivo y vida digna de PEDRO JOSÉ OLAYA RAMÍREZ, se ordenará al Representante Legal de la E.P.S. FAMISANAR o a quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, sin importar los trámites administrativos que tenga que adelantar, autorice la reposición, reemplazo y/o cambio de pastilla del implante coclear de conformidad con las recomendaciones y sugerencia consignadas en las órdenes que emitieron los galenos, Dr. José Guzmán Otorrinolaringólogo –otólogo –neurotólogo de la IPS COLSUBSIDIO y Profesional Lorena González –Fonoaudióloga –soporte clínico, de la IPS COCLHEAR COLOMBIA S.A.S., de lo cual deberá dar cuenta a este Despacho.

### **DECISIÓN**

Por mérito de lo expuesto, el **JUZGADO 33 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C. –LOCALIDAD CHAPINERO–**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad Constitucional, **RESUELVE:**

**PRIMERO: CONCEDER** el amparo a los derechos fundamentales a la salud, diagnóstico efectivo y vida digna del menor **PEDRO JOSÉ OLAYA RAMÍREZ** representado por el señor RODRIGO OLAYA BUSTOS, de acuerdo con las consideraciones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** En consecuencia, **ORDENAR** al Representante Legal de la **E.P.S. FAMISANAR S.A.S.**, o a quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, sin importar los trámites administrativos que tenga que adelantar, proceda a autorizar la

---

<sup>40</sup> Sentencia T-322 de 2018.

reposición, reemplazo y/o cambio de pastilla del implante coclear de conformidad con las recomendaciones y sugerencia consignadas en las órdenes que emitieron los galenos, Dr. José Guzmán Otorrinolaringólogo – otólogo –neurotólogo de la IPS COLSUBSIDIO y Profesional Lorena González – Fonoaudióloga –soporte clínico de la IPS COCLHEAR COLOMBIA S.A.S.

Vencido el plazo concedido deberán acreditar el cumplimiento de lo ordenado ante este Despacho.

**TERCERO: NOTIFICAR** este fallo a las partes por el medio más expedito y eficaz.

**CUARTO:** Informar a los sujetos procesales que la presente decisión es recurrible por vía de impugnación de conformidad con lo establecido en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

**QUINTO:** Si no fuere impugnada esta decisión, **REMITIR** el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



---

**CESAR CAMILO VARGAS DIAZ**  
**Juez**