

INFORME SECRETARIAL: Bogotá D.C., veintiuno (21) de febrero de dos mil veinticuatro (2024). Al Despacho de la señora Juez el expediente **2024-10022**, informando que, la IPS Colsubsidio, la Superintendencia Nacional de Salud y la EPS Famisanar S.A.S., allegaron respuesta al requerimiento efectuado y a la fecha se encuentra para resolver la presente. **ACCIÓN DE TUTELA. Sírvase proveer.**

FABÍO EMEL LOZANO BLANCO

Secretario

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TRECE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**

Bogotá D.C., veintiuno (21) de febrero de dos mil veinticuatro (2024).

I. ANTECEDENTES

La señora Elba Beatriz Galvis Osma, actuando en nombre propio, interpuso acción de tutela en contra de la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Famisanar S.A.S. y la IPS Colsubsidio por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la dignidad humana, a la salud y a la seguridad social.

Como sustento de lo pretendido, manifestó que, el día 13 de febrero de 2024, *se remitió por mi médico tratante en neumología la "PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA", sin que consultado en la caja haya agenda para llevarlo a cabo.*

Atendiendo los argumentos ya expuestos, solicitó:

1. Se tutelen los derechos fundamentales vulnerados y se ordene a la EPS Famisanar S.A.S, en asocio con su IPS la PRUEBA DE BRONCO PROVOCACIÓN ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA.

Como anexo de la solicitud de tutela, fue aportado:

1. Historia clínica general, emitida por Colsubsidio respecto de la paciente Elba Beatriz Galvis Osma, fechado a 13 de febrero de 2024.
2. Orden clínica Ambulatoria, emitida por Colsubsidio con código 893815,

con fecha de 13 de febrero de 2024.

3. Copia documento de identificación de la señora Elba Beatriz Galvis Osma.

II. TRÁMITE Y CONTESTACIÓN

A través de la providencia emitida el 13 de febrero de 2024, se admitió la acción de tutela y se requirió a las accionadas para que rindiera un informe detallado acerca de cada uno de los hechos y pretensiones relativos a tal acción.

La **Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio**, allegó respuesta a través de correo electrónico institucional el 14 de febrero de 2024, informando que, al tener en cuenta los antecedentes de la patología que la accionante presenta, se ha procedido al agendamiento de citas en el lapso del 15 de febrero al 2 de mayo del 2024. Pero que, respecto de la "*PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*" al ser un servicio que no hace parte del portafolio de la red, pues Colsubsidio no cuenta con el equipamiento y el personal idóneo para ese procedimiento y que por lo tanto el responsable de dar respuesta a la pretensión es la EPS y la IPS externa que ordene Famisanar.

Por último, solicitó se declare improcedente la presente acción de tutela en contra de la IPS Colsubsidio, puesto que dicha institución no le ha vulnerado ningún derecho a la accionada.

La **Superintendencia Nacional de Salud**, aportó constatación a través de correo electrónico institucional el 14 de febrero de 2024, en el cual manifestó que, una vez revisados los hechos de la presente acción de tutela y de las pretensiones incoadas por la accionante, se evidencia que esta última, requiere la prestación de un servicio médico, situación concreta en la que la Superintendencia no ha tenido ninguna participación, teniendo en cuenta que el acceso efectivo a los servicios de salud están a cargo del asegurador.

De igual forma, informó que las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud son de Inspección, Vigilancia y Control definidas en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007 y no las de prestación de servicios de salud.

Finalmente, solicitó declarar la inexistencia de nexo causal entre la presunta vulneración de los derechos incoados por la accionante y la desvinculación dentro del presente trámite.

La **ESP Famisanar**, allegó respuesta el 15 de febrero de 2024, informando al Despacho que, se encuentran realizando todas las gestiones administrativas pertinentes para realizar a la accionante la "*PRUEBA DE BRONCO PROVOCACIÓN ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*" y para el

cumplimiento de este, solicitan al Despacho se otorgue un tiempo razonable y prudencial debido a que no es posible suministrar y agotar todos los procedimientos administrativos de manera inmediata.

III. PROBLEMA JURÍDICO

Con el fin de emitir la decisión relativa a la solicitud de tutela objeto de análisis, resulta necesario dar respuesta al siguiente problema jurídico:

¿Vulneró la EPS Famisanar el derecho fundamental a la salud del que es titular la señora Elba Beatriz Galvis Osma, al presuntamente no agendar fecha para para la toma de la *PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA* con código 893815 relacionada en las Órdenes Clínicas Ambulatorias del 13 de febrero de 2024?

IV. CONSIDERACIONES

1. Competencia.

De conformidad con el artículo 86 de la Constitución, el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, el numeral 1° del artículo 1° del Decreto 1382 de 2000 y el artículo 1° del Decreto 333 de 2021, este Despacho es competente para conocer de la presente acción constitucional.

2. Respetto del derecho fundamental a la salud.

La relación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud es innegable y, como parte de ello, dos han sido las teorías para llegar a la protección del derecho a la salud. La primera no permitía la protección singular del derecho a la salud, debido a que no era objeto de aplicación inmediata, por lo que se suponía que el mismo se encontraba conexo al derecho a la vida. La segunda, y actualmente aplicada, hizo confluír distintas garantías constitucionales para reconocerle autonomía al derecho fundamental a la salud y hacer efectiva su aplicación por sí sola; así lo sintetizó la Corte Constitucional en sentencia T-171 de 2018:

"La salud fue inicialmente consagrada en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política como un servicio público a cargo del Estado y concebida como derecho económico, social y cultural por su naturaleza prestacional. Si bien se reconocía su importancia por el valor que tenía para garantizar el derecho fundamental a la vida –sin el cual resultaría imposible disfrutar de cualquier otro derecho [20]–, inicialmente se marcaba una división jerárquica entre los derechos de primera y segunda generación al interior de la Constitución: los primeros de aplicación inmediata y protección directa Mediante acción de tutela (Capítulo I del Título II); los segundos de carácter 3 Programático y

desarrollo progresivo (Capítulo II del Título II).

Esta división fue gradualmente derribada por la jurisprudencia constitucional para avanzar hacia una concepción de los derechos fundamentales fundada en la dignidad de las personas y en la realización plena del Estado Social de Derecho. De esta manera, pese al carácter de servicio público de la salud, se reconoció que su efectiva prestación constituía un derecho fundamental susceptible de ser exigido a través de la acción de tutela”.

Esto implica que la acción de tutela que nos ocupa debe ser estudiada examinando los diversos componentes normativos, jurisprudenciales, conceptuales y dogmáticos del derecho a la salud, evaluándolo de forma autónoma, eso sí, sin desconocer su correlación con el derecho a la vida.

Respecto del derecho que presuntamente ha sido objeto de vulneración, es decir, el derecho fundamental a la salud, debe decirse que éste fue elevado a rango constitucional en el canon 49 de la Carta Política y posteriormente adquirió el rango fundamental en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que previó:

"ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

Con fundamento en la norma arriba señalada, la Corte Constitucional en sentencia T-314 de 17 de junio de 2016, sostuvo frente a la protección del derecho a la salud, que:

"El derecho a la salud se encuentra establecido en el artículo 49 Superior, y ha sido interpretado como una prerrogativa que protege múltiples derechos, tales como la vida, la dignidad humana y la seguridad social, entre otros”

Reforzando tal postura, la Corte ha expuesto, en sentencia T-361 de 2014, que la dignidad humana se concatena con derechos fundamentales como la salud y que dichos derechos pueden verse birlados cuando no se garantizan las

prestaciones que el ordenamiento jurídico interno pone en cabeza de determinada persona:

"Así pues, considerando que "son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo", la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma', cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela. La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo".

En cuanto a los servicios que deben ser prestados por las entidades encargadas de garantizar el acceso a la salud, palmario es que deben ser suministrados atendiendo los criterios de oportunidad, eficiencia, calidad e integralidad, pues ello va ligado al respeto por el derecho fundamental a la salud:

"Este Tribunal ha resaltado que uno de los problemas más recurrentes en la prestación del servicio de salud es la imposición de barreras administrativas y burocráticas que impiden el acceso efectivo a los usuarios e, incluso, extienden su sufrimiento. Cuando se afecta la atención de un paciente con fundamento en situaciones extrañas a su propia decisión y correspondientes al normal ejercicio de las labores del asegurador, se conculca el derecho fundamental a la salud, en tanto se está obstaculizando por cuenta de cargas administrativas que no deben ser asumidas por el usuario.

La jurisprudencia ha destacado que en esos casos se infringen los principios que guían la prestación del servicio a la salud teniendo en cuenta que "(i) no se puede gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria de su estado de salud (oportunidad), (ii) los trámites administrativos no están siendo razonables (eficiencia), (iii) no está recibiendo el tratamiento necesario para contribuir notoriamente a la mejora de sus condiciones

de vida (calidad) y (iv) no está recibiendo un tratamiento integral que garantice la continuidad de sus tratamientos y recuperación (integralidad)". Sentencia T-405 de 2017.

Luego, resulta imperativo aclarar que para los servicios que deprecia la actora debe tenerse como horizonte el principio de integralidad, por lo que en primer término se hace indispensable citar lo expuesto por la Corte Constitucional con referencia a tal principio. En virtud del principio de integralidad se dice que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen derecho a gozar en condiciones óptimas de los bienes y servicios que les permitan mantener sus condiciones de vida, tanto físicas como psíquicas, en un estado de excelencia, pues así lo han reiterado las providencias del máximo órgano de cierre constitucional:

"Al tenor de la jurisprudencia de esta Corporación, este principio debe ser entendido como la obligación que tienen las EPS de otorgar los servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos y seguimiento necesarios para mejorar el estado de salud de los usuarios del sistema, respetando los límites que regulan las prestaciones de salud. Ello no implica que el paciente pueda solicitar que se le presten todos los servicios de salud que desee. Quien tiene la capacidad de definir cuáles procedimientos o medicamentos son requeridos por el usuario es el médico tratante adscrito a la EPS. Tampoco se da por cumplido con la aplicación de un tratamiento médico meramente paliativo, sino con la suma de todos los servicios requeridos para que el diagnóstico evolucione favorablemente.

Así las cosas, desprende la Corte que el principio de integralidad funge como complemento a la normatividad vigente para que la persona reciba una atención de calidad y completa, confinada a mejorar su condición y su estado de salud. Los afiliados tienen derecho a que la prestación del servicio sea óptima, en el sentido de que los actores del sistema cumplan con la finalidad primordial, esto es, brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad, en suma "el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud" (Sentencia T-405 de 2017).

De tal forma, la Corte ha expuesto que el principio de integralidad guarda íntima relación con la oportunidad en la prestación del servicio, para lo cual debe de tomarse el referente de la orden médica:

"Esta Corporación también se ha pronunciado sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud, precisando que la atención y tratamiento de los usuarios del sistema de seguridad social en salud debe ser integral, so pena de menoscabar su derecho a la vida en

condiciones dignas. Es decir, que la integralidad comprende un conjunto de "cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.

Esta Sala en una oportunidad anterior expuso que la integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico, sin que haya lugar a acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto. Para ello, el juez de tutela "deberá ordenar el suministro de los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, ello con la finalidad de que las personas afectadas por la falta del servicio, obtengan continuidad en la prestación del mismo. La Corte ha indicado que con ello se evita la interposición de acciones de tutela por cada servicio que le sea prescrito a un afiliado por una misma patología" Sentencia T-418 de 2013.

No olvidemos que a nivel legal el principio de integralidad fue consagrado en la Ley 100 de 1993, reiterado en la Ley 1122 de 2007 y desarrollado en la Ley 1751 de 2015, y a raíz de este principio ha surgido lo que la jurisprudencia constitucional ha denominado tratamiento integral, el cual no es otra cosa que la materialización de dicho principio a través de procedimientos que le permitan al usuario satisfacer plenamente su derecho a la salud con la obtención de bienes y servicios considerados como necesarios por parte del galeno tratante, incluso cuando estos no se encuentran incluidos en el plan de beneficios. Es menester recalcar que el tratamiento integral que emana del principio de integralidad no debe entenderse como una protección constitucional ambigua, difusa y etérea que ampara al usuario frente a contingencias futuras y le provee al mismo los bienes que considere necesarios para la atención de sus patologías, por el contrario, encuentra su cortapisa en la lex artis de los galenos, que se erigen como el personal idóneo para el tratamiento de las enfermedades:

"(...) el principio de integralidad no puede entenderse de manera abstracta, lo cual supone que las órdenes de tutela que reconocen atención integral en salud se encuentran sujetas a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente. En tal sentido, se trata de garantizar el derecho constitucional a la salud de las personas, siempre teniendo en cuenta las indicaciones y requerimientos del médico tratante" Sentencia T-062 de 2017.

Las anteriores consideraciones exaltan la obligación inexorable que tienen las E.P.S. y los demás actores encargados de los servicios de salud de suministrar y/o autorizar los medicamentos y demás procedimientos que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud. Por otra parte, la Corte Constitucional ha descrito que el acceso a medicamentos no incluidos en dicho plan es de vital importancia para garantizar la concreción del derecho fundamental a la salud en un Estado Social de Derecho y ha definido las reglas bajo las cuales deben hacerse dichas concesiones, tal y como ha quedado expuesto en la sentencia T-336 de 2018:

"Para facilitar la labor de los jueces, la Sentencia T-760 de 2008, resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están a cargo del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del PBS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurren las siguientes condiciones:

(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado".

De hecho, esta sentencia puntualiza, además, que otorgar en casos excepcionales un medicamento o un servicio médico no incluido en el PBS, en un caso específico, no implica per se la modificación del Plan de Beneficios en Salud, ni la inclusión del medicamento o del servicio dentro del mismo, pues lo que exige es que exista un goce efectivo de los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas en cada caso concreto.

En este sentido, los medicamentos y servicios no incluidos dentro del PBS, continuarán excluidos y su suministro sólo será autorizado en casos excepcionales, cuando el paciente cumpla con las condiciones anteriormente descritas. Esto, sin que eventualmente el órgano regulador incluya ese medicamento o servicio dentro del plan de beneficios para todos los afiliados".

A pesar de las directrices consagradas a nivel legal y jurisprudencial en torno a las prestaciones del S.G.S.S.S., existe una primera puerta de acceso a estas

condiciones materiales de vida, la cual está dada por una relación jurídico-sustancial entre un ente habilitado para la prestación de estos servicios y una persona natural ávida de protección de sus contingencias. Este vínculo se ha denominado la relación jurídica de afiliación. Entonces, bajo la premisa de que la afiliación emerge como una acometida al derecho fundamental a la salud, debe entenderse que su existencia se gobierna por los mismos principios rectores del derecho a la salud, principalmente el de universalidad:

“En este orden de ideas, en el orden constitucional superior el sistema de seguridad social en salud está gobernado por los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad en su prestación, esto es, que debe garantizarse a todos los habitantes del territorio nacional el derecho a la seguridad social. De manera ha reiterado la Corte que la seguridad social en salud, es un servicio público inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficacia.

De este modo, ha establecido esta Corte que de acuerdo con el principio de universalidad “la cobertura en la protección de los riesgos inherentes a la seguridad social debe amparar a todas las personas residentes en Colombia, en cualquiera de las etapas de su vida, sin discriminación alguna por razones de sexo, edad, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, etc.” (resaltado fuera de texto) En otras palabras, este principio implica que todas las personas en condiciones de igualdad deben estar amparadas frente a todos los riesgos derivados del aseguramiento en salud.

Para la Sala es claro entonces que el principio de universalidad en salud conlleva un doble significado: respecto del sujeto y respecto del objeto del sistema general de salud. (i) Respeto del sujeto, esto es, del destinatario de la seguridad social en salud, el principio de universalidad implica que todas las personas habitantes del territorio nacional tienen que estar cubiertas, amparadas o protegidas en materia de salud. (ii) Respeto del objeto, esto es, la prestación de los servicios de salud en general, este principio implica que todos los servicios de salud, bien sea para la prevención o promoción de la salud, o bien para la protección o la recuperación de la misma; razón por la cual deben estar cubiertos todos estos servicios dentro de los riesgos derivados del aseguramiento en salud”. Sentencia C-463 de 2008.

3. Caso en concreto.

Descendiendo al caso en concreto, es posible evidenciar que los hechos que suscitaron el ejercicio de la acción de tutela están relacionados con el agendamiento de la cita para la realización de la "*PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*", ordenada el 13 de febrero de 2024.

Por lo tanto, y con el fin de dar respuesta al problema jurídico propuesto, se realizará el análisis de la contestación dada por la IPS Colsubsidio, la Superintendencia Nacional de Salud y la EPS Famisanar S.A.S., para luego ejecutar tal actividad respecto de la faltante.

Así pues, debe tenerse en cuenta que en la respuesta presentada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, informó que, en lo que se refiere al agendamiento de cita para la realización de la "*PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*" esta IPS no cuenta con el equipamiento y el personal idóneo para ese procedimiento, ya que este es un servicio que no hace parte del portafolio de la red y, por lo tanto, el responsable de dicho agendamiento es la EPS y la IPS externa que ordene Famisanar.

Por otro parte, La Superintendencia Nacional de Salud, manifestó que, una vez revisados los hechos de la presente acción de tutela y, teniendo en cuenta el servicio médico que requiere la acción, la entidad no tiene ninguna participación dado que los accesos efectivos a los servicios de salud están a cargo del asegurador y que como facultades de la Superintendencia Nacional de Salud sólo están las de Inspección, Vigilancia y Control definidas en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007 y no las de prestación de servicios de salud.

De lo anterior, se puede colegir que la responsabilidad respecto del agendamiento de cita para la toma de la prueba de broncoprovocación específica (alérgeno) o inespecífica requerido por la tutelante recae sobre la EPS Famisanar, pues como argumentaron la IPS Colsubsidio y la SuperSalud carecen de competencia para, eventualmente, satisfacer la pretensión incoada en el escrito de la acción constitucional.

Dicho esto, y habiendo analizado la contestación aportada por la EPS Famisanar en donde mencionó que se encontraba realizando todas las gestiones administrativas pertinentes para realizar a la accionante la "*PRUEBA DE BRONCO PROVOCACIÓN ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*", se permite deducir que efectivamente es la entidad llamada a atender los servicios solicitados por la señora Galvis Osman y de paso que conoce de la prueba ordenada el 13 de febrero de 2024.

No obstante, esta EPS en su informe no alegó o referenció algún motivo

justificable por el cual se le imposibilitara determinar la fecha para la realización de la prueba con código 893815 que le fue ordenada el 13 de febrero de 2024 a la accionante, sino que se limitó a solicitar al Despacho otorgar un **tiempo razonable y prudencial** debido a que no es posible suministrar y agotar todos los procedimientos administrativos dentro del tiempo otorgado por el Despacho Judicial.

Lo que constituye una vulneración del derecho fundamental a la salud, por cuanto tal prestación puede ser comprendida entre el ámbito irreductible de tal prerrogativa, siendo indispensable también para garantizar su adecuado diagnóstico y tratamiento, pues los procedimientos administrativos de la Entidad no justifican la no prestación de los servicios requeridos por sus usuarios.

En este punto, es menester memorar que la necesidad de la prestación de los servicios a los que se alude tendrán que ser reconocidas por el médico tratante, con el fin de garantizar un adecuado tratamiento a partir del diagnóstico de la condición padecida por la accionante. Respecto de la importancia de estos dos últimos asuntos, esto es, la intervención del galeno tratante y el adecuado diagnóstico, la Corte Constitucional ha señalado, en la sentencia SU-508 de 2020:

"159. Para acceder a los servicios y tecnologías en salud, el usuario debe acudir al profesional en salud tratante quien dará la prescripción médica. Se trata del médico u odontólogo que atiende al usuario en medicina general, en odontología general o en urgencias, según los artículos 10 y 11 de la Resolución 3512 de 2019. La prescripción es el acto del profesional tratante mediante el cual se ordena un servicio o tecnología o se remite al paciente a alguna especialidad médica. El artículo 39 de la Resolución 3512 de 2019 indica que la prescripción deberá emplear la denominación común internacional.

160. La normativa consagra que los servicios y tecnologías en salud deben ser prescritos (de acuerdo con unas reglas específicas) por el profesional de salud tratante.

161. Éste es una persona competente, enriquecida con educación continua e investigación y una evaluación oportuna, según el artículo 6 literal d) de la LeS. Los profesionales en salud gozan de autonomía para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y no podrán ser presionados por otros actores, conforme al artículo 17 de la LeS.

164. El derecho al diagnóstico, como componente integral del derecho fundamental a la salud, implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los

tratamientos médicos que requiere. El derecho al diagnóstico se configura como un supuesto necesario para garantizar al paciente la consecución de los siguientes objetivos: (i) establecer con precisión la patología que padece el paciente, (ii) determinar con el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al más alto nivel posible de salud e (iii) iniciar dicho tratamiento con la prontitud requerida por la enfermedad sufrida por el paciente .

165. El diagnóstico efectivo se compone de tres etapas, a saber: identificación, valoración y prescripción. La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente. Una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso. Finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente.

166. En atención a la importancia del concepto especializado en medicina, es menester que el juez de tutela, en los casos desprovistos de fórmula médica: i) ordene el suministro del servicio o tecnología en salud incluidos en el PBS con base en la evidente necesidad del mismo -hecho notorio-, siempre que se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante y, ii) en ausencia de la mencionada evidencia, pero frente a un indicio razonable de afectación a la salud, ordene a la entidad promotora de salud respectiva que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos, con el conocimiento de la situación del paciente, emitan un concepto en el que determinen si un medicamento, servicio o procedimiento es requerido a fin de que sea eventualmente provisto. En este contexto, siendo el diagnóstico un componente esencial en la realización efectiva del derecho a la salud, la Sala considera que esta prerrogativa habría de protegerse en los casos concretos en los que sea aplicable, cuando se observe que se desconoce la práctica de todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente. Incluso, tal amparo debe otorgarse indistintamente de la urgencia de su práctica, es decir, no simplemente frente al riesgo inminente que pueda sufrir la vida del paciente, sino además frente a patologías que no la comprometan directamente.

Por lo tanto, con el fin garantizar el derecho fundamental a la salud de la accionante, se ordenará a la EPS Famisanar, para que a través de su director o quien haga sus veces, que durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al momento en el que le sea notificada esta providencia, proceda a realizar las gestiones pertinentes para determinar la fecha de realización de la "PRUEBA

DE BRONCOPROVACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA" con código 893815 relacionada en las Órdenes Clínicas Ambulatorias del 13 de febrero de 2024 de la Historia Clínica General de la señora Elba Beatriz Galvis Osma.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TRECE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: **AMPARAR** el derecho fundamental a la salud invocado por la señora Elba Beatriz Galvis Osma, quien actúa en causa propia, conforme lo antes expuesto.

SEGUNDO: Como consecuencia de la determinación anterior, **ORDENAR** a la EPS Famisanar que, a través de su director o quien haga sus veces, que durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al momento en el que le sea notificada esta providencia, proceda a realizar las gestiones pertinentes para determinar la fecha de realización de la "*PRUEBA DE BRONCOPROVACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA*" con código 893815 relacionada en las Órdenes Clínicas Ambulatorias del 13 de febrero de 2024 de la Historia Clínica General.

TERCERO: **NOTIFICAR** la presente providencia a las partes a través de correo electrónico.

CUARTO: **ENVIAR** el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, si en el término de ejecutoria esta decisión no es impugnada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Juez,

YUDY ALEXANDRA CHARRY SALAS

JVVG