

27, septiembre de 2021

Señor
JUEZ (REPARTO)
Ciudad

REFERENCIA: SOLICITUD DE ACCION DE TUTELA

ACCIONANTE: Paola Andrea Rodríguez Solarte

ACCIONADO: presidente Iván Duque, Ministerio de Salud y Protección Social, Señor Ministro de Salud Fernando Ruíz, Secretaría de salud de Nariño.

Yo, Paola Andrea Rodríguez Solarte, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía cuyo número y lugar de expedición aparece al pie de mi correspondiente firma, residente en San Juan de Pasto municipio de Nariño, actuando en nombre propio, acudo respetuosamente ante su Despacho para promover **ACCION DE TUTELA**, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política y los Decretos Reglamentarios 2591 de 1.991 y 1382 de 2.000, para que judicialmente se me conceda la protección de los derechos constitucionales fundamentales que considero vulnerados y/o amenazados por las acciones y/o omisiones de la autoridad pública que mencioné en la referencia de este escrito. Fundamento mi petición en los siguientes:

HECHOS

1. La vacuna de la farmacéutica Moderna, entre sus lineamientos detallo que el tiempo que debe transcurrir entre la aplicación de la primera dosis y la segunda dosis es un plazo de 28 días, sin embargo, el ministro de salud Fernando Ruíz declaró que el intervalo iba a ser de 84 días contando desde la primera aplicación, situación que no fue avalada por la farmacéutica ya mencionada. El día 17 del mes de septiembre del presente año, el ministerio de salud publicó en sus plataformas virtuales que la vacuna se la podría poner quien desee, ya sin tener en cuenta el plazo de 84 días, pero el día 23 de septiembre el mismo ministerio de salud volvió a poner la regla de aplicar la segunda dosis solo a personas mayores de 50 años y/o con comorbilidad.
2. Con lo anteriormente expuesto, veo vulnerados: el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la igualdad, por un lado, el covid-19 continúa amenazando tanto mi salud como la de mi familia, soy estudiante y la vacuna representa seguridad para volver a clases, además el recibir mi segunda dosis me genera tranquilidad y favorece mi salud mental ya que tengo un diagnóstico de depresión, ansiedad y TOC. Por razones de salud debo acudir constantemente a centros hospitalarios y durante el periodo de pandemia por miedo a contraer el virus y contagiar a mi familia me he visto

en la obligación de aplazar mis consultas, terapias y procedimientos médicos.

3. Por último, las vacunas siempre han sido un derecho para todo ciudadano sin discriminación alguna y en estos momentos me siento discriminada al negarme la posibilidad de aplicarme la segunda dosis de la vacuna Moderna.
4. Cabe mencionar que recibí la primera dosis de la vacuna Moderna el día 29 de julio del presente año y fui citada para la segunda dosis el día 26 de agosto del mismo año. Que no se cumplió a cabalidad.

PETICION

Con fundamento en los hechos narrados y en las consideraciones expuestas, respetuosamente solicito al señor Juez TUTELAR a mi favor los derechos constitucionales fundamentales invocados ORDENÁNDOLE a la autoridad accionada que:

1. Que se me aplique la segunda dosis de la vacuna Moderna máximo en esta semana que va del día 27 de septiembre hasta el día 1 de octubre del 2021. Esto bajo el entendido de que llegaran dosis de la vacuna Moderna al país y es incierta la fecha de próxima llegada de la misma.

MEDIOS DE PRUEBAS

Se anexan soportes

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO	
HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS	
NIT 891002743 Cco. SGSSS: 5001000801	
CALLE 15 42C - 35 PASTO - NARIÑO	
TELEFONOS 7352680 - 7235144	
NOMBRE: RODRIGUEZ SOLARTE PAOLA ANDREA	MEDICO TRATANTE: KELLY ANGELINA CARCAMO BONEU
IDENTIFICACION: 1085286570	ENTIDAD: EISSANAR SAS
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA	REGIMEN: SUBSIDIADO
FECHA DE NACIMIENTO: 1990-09-12 (30)	COO. SGSSS: ESS118
TELEFONO: 3226281891	TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO
DIRECCION: CRA 23 A NO 3 SUR -60 BARRIO MUITAYO PASTO - NARIÑO	NIVEL DE USUARIO: NIVEL I
FECHA DE INGRESO: 2021-07-27 12:44:43	
FECHA DE EGRESO: 2021-07-27 14:30:08	
FECHA DE REGISTRO: 2021-07-27 14:26:37	
ACUDIENTE:	ID. ACUDIENTE:
DIR. ACUDIENTE:	DEP. ACUDIENTE:
TEL. ACUDIENTE:	

CONTROL CONSULTA EXTERNA

TELECONSULTA
LLAMADA/VIDEO LLAMADA
CONTINGENCIA GENERADA POR LA PANDEMIA POR COVID 19
CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO
EN NINGUN MOMENTO LA CONSULTA PODRA SER GRABADA
REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

Tratamiento previo
ACTUALMENTE RECIBE ESCITALOPRAM 10 MG MEDIA DESPUES DEL DESAYUNO
Respuesta a Tratamiento (efecto, tolerancia, efectos colaterales)
BUENA RESPUESTA AL MANEJO
TITULACION DE DOSIS
Resultado de paraclicnicos (Solicitados previamente)
Acompañante
PACIENTE RECIBE LA TELECONSULTA

Institucion de la que viene remitido o a la que se remite:

Frecuencia Cardiaca:
Frecuencia Respiratoria:
Presion Arterial:
Temperatura:
Paso:
Talla:
Indice Masa Corporal:
Circunferencia Abdominal:
Subjetivo (información aportada por el paciente y su familiar)
REFIERE PACIENTE "VOY MEJOR DE ANIMO, MENOS ANSIOSA, ALINQUE EN LAS ULTIMAS SEMANAS HE SENTIDO BAJON DE ANIMO, EL SUEÑO MEJOR, ME OCUPO, SIENTO QUE RESUELVO"

CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS
TOLERA EL MANEJO
Objetivo (Examen Mental y Observación Directa)
PACIENTE ALERTA, COLABORADOR CON EL SEGUIMIENTO, ORIENTADO GLOBALMENTE, EUPROPOSÍXICO, EULÁLICO, AFECTO MODULADO SIN TONO PREDOMINANTE, PENSAMIENTO LÓGICO COHERENTE SIN CONTENIDO DELIRANTE, SIN IDEAS DEPRESIVAS, NIEGA IDEAS SUICIDAS, NO ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS, CONDUCTA MOTORA NORMAL, INTROSPECCIÓN ADECUADA, PROSPECCIÓN CENTRADA EN LA MEJORIA, JUICIO CONSERVADO.

Análisis
PACIENTE EN MANEJO DEPRESION Y ANSIEDAD, CON EL TRATAMIENTO TIENE CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS, HA TOLERADO DOSIS, SE RECOMIENDA CONTINUAR TITULACION DE DOSIS

EXPLICO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS SALUD MENTAL: IDEAS SUICIDAS, AGRESIVIDAD FISICA, ALUCINACIONES, ANSIEDAD DESSBORRANTE, ANIMO TRISTE PERSISTENTE, SUSPENDER MEDICAMENTO ANTE REACCION ADVERSA Y CONSULTAR POR URGENCIAS

Subjetivo (información aportada por el paciente y su familiar)

TELECONSULTA
LLAMADA/VIDEO LLAMADA
CONTINGENCIA GENERADA POR LA PANDEMIA POR COVID 19
CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO
EN NINGUN MOMENTO LA CONSULTA PODRA SER GRABADA
REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

Tratamiento previo
ACTUALMENTE RECIBE ESCITALOPRAM 10 MG MEDIA DESPUES DEL DESAYUNO
Respuesta a Tratamiento (efecto, tolerancia, efectos colaterales)
BUENA RESPUESTA AL MANEJO
TITULACION DE DOSIS
Resultado de paraclicnicos (Solicitados previamente)
Acompañante

Id Documento: 11001031500020210658400005025010004

Frecuencia Cardiaca:
Frecuencia Respiratoria:
Presion Arterial:
Temperatura:
Peso:
Talla:
Indice Masa Corporal:
Circunferencia Abdominal:
Subjetivo (Informacion aportada por el paciente y su familiar)
REFIERE PACIENTE * VOY MEJOR DE ANIMO, MENOS ANSIOSA, AUNQUE EN LAS ULTIMAS SEMANAS HE SENTIDO BAJON DE ANIMO, EL SUEÑO MEJOR, ME OCUPÓ, SIENTO QUE RESUELVO*

CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS
TOLERA EL MANEJO
Objetivo (Examen Mental y Observacion Directa)
PACIENTE ALERTA, COLABORADOR CON EL SEGUIMIENTO, ORIENTADO GLOBALMENTE, EUPROPROSÉXICO, EULÁLICO, AFECTO MODULADO SIN TONO PREDOMINANTE, PENSAMIENTO LÓGICO COHERENTE SIN CONTENIDO DELIRANTE, SIN IDEAS DEPRESIVAS, NIEGA IDEAS SUICIDAS, NO ALTERACIONES SENSORPERCEPTIVAS, CONDUCTA MOTORA NORMAL, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION CENTRADA EN LA MEJORIA, JUICIO CONSERVADO.
Análisis
PACIENTE EN MANEJO DEPRESION Y ANSIEDAD, CON EL TRATAMIENTO TIENE CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS, HA TOLERADO DOSIS , SE RECOMIENDA CONTINUAR TITULACION DE DOSIS
EXPLICO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS SALUD MENTAL: IDEAS SUICIDAS, AGRESIVIDAD FISICA, ALUCINACIONES, ANSIEDAD DESBORDANTE, ANIMO TRISTE PERSISTENTE, SUSPENDER MEDICAMENTO ANTE REACCION ADVERSA Y CONSULTAR POR URGENCIAS

Sintomatico Respiratorio
NO

Sintomatico de Piel
NO

Recomendaciones y signos de Alarma, Plan Casero
TELECONSULTA
LLAMADA/VIDEO LLAMADA
CONTINGENCIA GENERADA POR LA PANDEMIA POR COVID 19
CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO
EN NINGÚN MOMENTO LA CONSULTA PODRA SER GRABADA
REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR
Tratamiento previo
ACTUALMENTE RECIBE ESCITALOPRAM 10 MG MEDIA DESPUES DEL DESAYUNO
Respuesta a Tratamiento (efecto, tolerancia, efectos colaterales)
BUENA RESPUESTA AL MANEJO
TITULACION DE DOSIS
Resultado de paraclínicos (Solicitados previamente)
Acompañante
PACIENTE RECIBE LA TELECONSULTA

Frecuencia Cardiaca:
Frecuencia Respiratoria:
Presion Arterial:
Temperatura:
Peso:
Talla:
Indice Masa Corporal:
Circunferencia Abdominal:
Subjetivo (informacion aportada por el paciente y su familiar)
REFIERE PACIENTE * VOY MEJOR DE ANIMO, MENOS ANSIOSA, AUNQUE EN LAS ULTIMAS SEMANAS HE SENTIDO BAJON DE ANIMO, EL SUEÑO MEJOR, ME OCUPÓ, SIENTO QUE RESUELVO*

CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS
TOLERA EL MANEJO
Objetivo (Examen Mental y Observacion Directa)
PACIENTE ALERTA, COLABORADOR CON EL SEGUIMIENTO, ORIENTADO GLOBALMENTE, EUPROPROSÉXICO, EULÁLICO, AFECTO MODULADO SIN TONO PREDOMINANTE, PENSAMIENTO LÓGICO COHERENTE SIN CONTENIDO DELIRANTE, SIN IDEAS DEPRESIVAS, NIEGA IDEAS SUICIDAS, NO ALTERACIONES SENSORPERCEPTIVAS, CONDUCTA MOTORA NORMAL, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION CENTRADA EN LA MEJORIA, JUICIO CONSERVADO.
Análisis
PACIENTE EN MANEJO DEPRESION Y ANSIEDAD, CON EL TRATAMIENTO TIENE CONTROL PROGRESIVO DE SINTOMAS, HA TOLERADO DOSIS , SE RECOMIENDA CONTINUAR TITULACION DE DOSIS
EXPLICO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS SALUD MENTAL: IDEAS SUICIDAS, AGRESIVIDAD FISICA, ALUCINACIONES, ANSIEDAD DESBORDANTE, ANIMO TRISTE PERSISTENTE, SUSPENDER MEDICAMENTO ANTE REACCION ADVERSA Y CONSULTAR POR URGENCIAS

Tratamiento Farmacologico
ESCITALOPRAM 10 MG DIARIOS // TIENE FORMULAS VIGENTES
ESOMEPRAZOL 20 MG DIA

Proximo Control
EN 1 MES

Diagnostico

Diagnostico Definitivo F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Impresion diagnostica

Diagnostico2 F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO

Causa Externa: Enfermedad general Finalidad Consulta: No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pisco)



Id Documento: 11001031500020210658400005025010004



HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 Ccd. SGSSS: 520010009601
CALLE 18 400 - 35 PASTO - NARIÑO
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE:	RODRIGUEZ SOLARTE PAOLA ANDREA	MEDICO TRATANTE:	KELLY ANGELINA CARCAMO BONEU
IDENTIFICACION:	1085286970	ENTIDAD:	EMSSANAR SAS
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDEULA DE CIUDADANIA	REGIMEN:	SUBSIDIADO
FECHA DE NACIMIENTO:	1990-09-12 (30)	COD. SGSSS:	ESS118
TELEFONO:	3226281891	TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO
DIRECCION:	CRA 23 A NO 3 SUR -60 BARRIO MIJITAYO PASTO - NARIÑO	NIVEL DE USUARIO:	NIVEL I
FECHA DE INGRESO:	2021-07-27 12:44:43		
FECHA DE EGRESO:	2021-07-27 14:30:08		
FECHA DE REGISTRO:	2021-07-27 14:28:33		
ACUIDENTE:		ID. ACUIDENTE:	
DIR. ACUIDENTE:		DEP. ACUIDENTE:	
TEL. ACUIDENTE:			

FORMULACION EXTERNA

Procedimientos 890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA, EN 1 MES

Nota 1

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico Definitivo F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO Impresion diagnostica

Diagnostico1 F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Causa Externa: Enfermedad general Finalidad Consulta: No aplica

(La Firma digital es única de la persona que la usa y esé bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)



JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que, por los mismos hechos y derechos, no he presentado petición similar ante ninguna autoridad judicial.

NOTIFICACIÓN

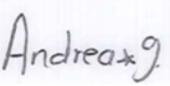
Dirección: Carrera 23 A número 3 Sur 60 / Barrio Mijitayo de la ciudad de Pasto

Teléfono: 322 628 1891

Correo Electrónico: andrea12.rodriquezs@gmail.com

Del Señor juez

Atentamente;

Firma del accionante: 

Nombre del accionante: Paola Andrea Rodríguez Solarte
Cédula: 1085 286 970 De Pasto.