

Punta Arenas, doce de marzo de dos mil veintiuno.

Vistos:

Con fecha veinte de febrero del presente año ante esta Corte de Apelaciones comparece don **Francisco Rufino Jiménez López**, empresario, cedula de identidad N°7.170.759-8, domiciliado para estos efectos en pasaje Santiago N°0137, Punta Arenas, recurriendo de protección en favor de su hermano don **Luis Alberto Jiménez López** empleado, cédula de identidad N°7.170.761-K, del mismo domicilio, y en contra del **Hospital Clínico de Magallanes**, establecimiento auto gestionado, dependiente del Servicio de Salud de Magallanes, rol único tributario N°61.607.901-8, representado por su director Ricardo Contreras Faundez, cédula de identidad N°11.284.993-9, ambos domiciliados para estos efectos en Av. Los Flamencos N°01364, de la ciudad de Punta Arenas, por hechos que considera una amenaza y potencialmente una privación al derecho a la vida de su hermano, su integridad física y psíquica, y el derecho a la salud.

El recurrente interpone el recurso en favor de su hermano don Luis Alberto Jiménez López, contagiado por la epidemia COVID-19, quien se encuentra internado en la UCI del Hospital Clínico de Magallanes, entubado y bajo coma inducido.

Relata que su hermano encontrándose en el campamento de ENAP Sombrero, el día 4 de febrero recién pasado, presentó los primeros síntomas de COVID cuando se encontraba aislado por su condición de contacto estrecho, siendo trasladado a Porvenir donde se mantuvo alternadamente entre una residencia sanitaria y el hospital de esa localidad, para luego ser aero-trasladado al Hospital Clínico de Magallanes de Punta Arenas, empeorando su salud al día siguiente por lo que proceden a entubarlo quedando en la UCI del referido hospital.

En resumen, su estado de salud es de carácter grave y reservado. Sin embargo, a pesar de lo crítico de su situación actual, el Hospital recurrido ha manifestado su intención de aero-trasladarlo hacia la ciudad de Santiago, no obedeciendo



ello a una razón de carácter médico en su beneficio, sino que únicamente para liberar la cama UCI que actualmente se encuentra utilizando, señalando que el traslado hasta el ingreso de este recurso no se había concretado.

Agrega que la determinación de traslado a Santiago se ha hecho sin que exista la firma de algún documento, u otra manifestación de voluntad de su hermano o de algún familiar cercano que permita concluir consentimiento respecto del traslado.

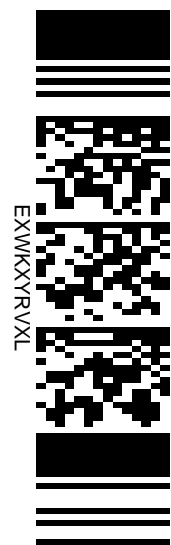
Hace presente lo urgente de los hechos, toda vez que su hermano está aún bajo respiración artificial, en cuidados intensivos, y por su condición de salud actual y las diversas internaciones tanto en Porvenir como en Punta Arenas, le da para pensar que existe una alta probabilidad de que su cuerpo no resista el estrés que implica un transporte de esa magnitud, y el consecuente cambio a otro centro hospitalario, agravándose o incluso provocándole la muerte.

Reitera que la decisión médica de trasladarlo no considera la integridad física de su hermano, ni su dignidad humana, sino que se motiva en la necesidad de contar con camas disponibles UCI, poniendo en peligro su vida, salud e integridad física.

Por estos motivos plantea que se configura una vulneración a los numerales 1 y 9 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, y a los artículos 4 y 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos, haciendo presente la obligación que tienen todos los tribunales de Ejercer el Control Difuso de Convencionalidad en sus Resoluciones.

Explica que el agravio a las garantías constitucionales reviste la forma de amenaza ilegal y arbitraria contraviniendo el citado artículo 19 N°1 y las normas de la Convención Interamericana.

La ilegalidad se encuentra dada porque la presente amenaza desatiende, a priori, las obligaciones emanadas de la función pública en materia de salud que obliga a ejercer todas las acciones para cuidar la vida de quienes atienden, y



EXWKXRYVXL

en este caso lo que se está priorizando es la necesidad de contar con camas UCI disponibles por sobre el cuidado y protección de la vida de un paciente que está bajo su resguardo.

La arbitrariedad se configura, por cuanto la decisión del Hospital desatiende la razón y la lógica, dado que, en vez de optar por recuperar y no agravar la salud de su hermano, que está en franca recuperación, opta por una determinación que implica un estrés físico enorme, que, sumado a su alicaído estado físico, puede llegar a tener consecuencias fatales, lo que resulta irracional e incomprensible.

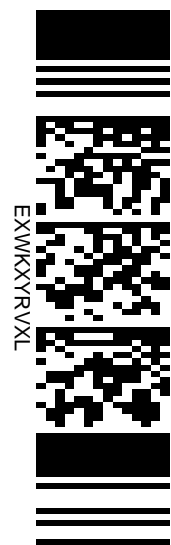
Añade que se afecta la garantía del artículo 19 N°9 de la Carta Fundamental, porque la determinación adoptada por el Hospital amenaza la ejecución de una acción de salud, oponiéndose al deber de protección y promoción de la salud.

Señala que, desde ya, en caso de concretarse el traslado de su hermano, todas las actuaciones tendrán calidad de privación de sus garantías y el recurso se mantendrá, sin perjuicio de ampliarlo en la forma que corresponda.

Solicita que se restablezca el imperio del derecho y que se asegure la debida protección del afectado, adoptando todas las providencias que sean necesarias para impedir la concreción de la amenaza inferida a los derechos constitucionales de su hermano, ordenando que se suspenda el traslado a la ciudad de Santiago, manteniendo su internación en la UCI del Hospital Clínico de Magallanes, con costas.

Con fecha dos de marzo del presente informa el Hospital Clínico de Magallanes explicando en primer término en diciembre de 2019 se produjo un brote mundial del virus denominado Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave que produce la enfermedad del COVID 19, declarando la Organización Mundial de la Salud que dicho brote constituye una emergencia de importancia internacional considerándola una pandemia.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud decretó Alerta Sanitaria, mediante el decreto N°4 de febrero de 2020,



otorgando facultades extraordinarias para enfrentar la Emergencia de Salud Pública.

A la fecha de este informe, en la Región de Magallanes se han contagiado 21.214 personas, falleciendo 350. A nivel nacional el contagio es de 829.770 personas, falleciendo 20.660 de ellas, y a nivel mundial se cuentan más de 2.000.000 de muertos.

El contagio se produce por gotitas expulsadas al hablar, estornudar o toser de enfermos contagiados, las que pueden permanecer en el aire por periodos largos de tiempo o depositarse en el suelo o en objetos, produciéndose el contagio por aspiración de las gotitas o contacto con superficies contaminadas permitiendo al virus acceder a las mucosas de boca, nariz y ojos. El tiempo de incubación se extiende entre 2 y 14 días de exposición al virus. Se diferencian tres fases en la evolución de la enfermedad, la III fase es la más grave, en que el enfermo entra en un estado crítico con extrema dificultades respiratorias, requiriendo respiración asistida, y un cuadro de respuesta inflamatoria sistémica con su cohorte de signos que puede llegar a un choque séptico elevando los marcadores de inflamación.

El tratamiento actual del COVID-19 es de apoyo, y la insuficiencia respiratoria del síndrome de dificultad respiratoria aguda es la principal causa de mortalidad. En este sentido, las camas UCI que son aquellas que cuentan con apoyo de soporte vital y respiradores artificiales, resultan imprescindibles, siendo un medio escaso y limitado de implementar. Lo anterior se debe a que los equipos que integran estas camas críticas, para ser operados requieren, de médicos intensivistas, kinesiólogos, junto con el apoyo del personal profesional y auxiliar de enfermería especializados en este tipo de camas críticas.

Refiriéndose a las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria para el eficiente uso de camas críticas, señala que en el contexto del estado constitucional de catástrofe se ha entregado a la Subsecretaría de Redes Asistenciales la



facultad de coordinar la Red Asistencial, incluyendo tanto prestadores públicos como privados. En abril de 2020 mediante resolución exenta se abordaron las definiciones y lineamientos para coordinar la red público-privada, la que con fecha 16 de febrero de 2021 fue actualizada, y por medio de éstas se han regulado entre otras cosas la coordinación en Redes de Salud, las dotaciones u ofertas de camas, y las derivaciones a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) y el traslado secundario de pacientes.

En lo que interesa, con fecha 28 de mayo de 2020, se dictó el ordinario A15 N°1585 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales el cual impartió instrucciones para la atención de pacientes en el marco de la pandemia en materia de traslado y ejercicio de la medicina intensiva. En este documento se describe que *"En ese marco se aprobó por la Resolución Exenta N°248 de 2020 el documento que "Dicta instrucciones para la gestión de camas y derivación de paciente crítico en la red integrada público-privada". Esta modalidad, como todo funcionamiento en red, implica la derivación y traslado de los pacientes, y eventualmente de equipos y personal, que permita administrar los recursos para optimizar la capacidad clínica global"*.

Agrega que, la gestión de camas es un proceso estratégico y de apoyo dentro de todo centro hospitalario, que se origina en la necesidad de optimizar el recurso cama y el traslado de pacientes, de acuerdo con la atención que requieren.

Explica que considerando el panorama actual de la red pública respecto de la disponibilidad del recurso cama, y en especial el de nuestra Región, - situación que constituye un punto crítico respecto de la integración de la Red de los Servicios de Salud -, la misión de los gestores de camas constituye un rol integrador y facilitador en el rol de la función progresiva, circunstancia que representa, precisamente el mecanismo de coordinación asistencial al cual este Hospital - y todo el sistema de salud-, está llamado a cumplir.



En este orden de ideas, en el año 2009 se crea la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), cuyos objetivos, entre otros, se encuentra el apoyar la derivación de pacientes que requieran cama en un establecimiento público. Para ello, se necesita un trabajo integrado con los diferentes actores de la Red de Salud, lo que permite mejorar el oportuno acceso a una cama hospitalaria, fundamentado en la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más sobre demandadas contribuyendo de esta manera a garantizar la equidad y distribución de este recurso. En definitiva, la gestión de camas permite al Hospital el traslado de un paciente cuando no se cuenta con capacidad de respuesta interna o en su Red de Servicios de Salud o se encuentra al límite de su capacidad, activándose un protocolo de derivación, con flujos definidos y criterios de búsqueda previamente establecidos, tales como la disponibilidad de camas libres, la concordancia entre la complejidad clínica del paciente, la categorización de dependencia y riesgo y el tipo de cama, y el requerimiento de continuar el tratamiento, rehabilitación u otra prestación con la que el Hospital derivador no disponga, entre otros.

Esta unidad de gestión opera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de una plataforma informática, coordinada por un equipo de profesionales instalados en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en base a la información aportada por los centros de salud, de la red integrada tanto públicos como privados, explicando en el informe su forma de funcionamiento. Así se realiza un cotejo de la oferta de camas públicas y privadas, y la ocupación de cama por paciente, con el fin de conocer la disponibilidad de camas y camas ocupadas del país. Este análisis se focaliza en las camas críticas con ventilación mecánica.

En este sentido, la autoridad dispuso que, debido a la diversidad de la oferta pública-privada a nivel nacional y las diferencias de capacidad resolutive de los prestadores, que genera disparidades en los 29 Servicios de Salud del país, los establecimientos públicos y privados asumirían la

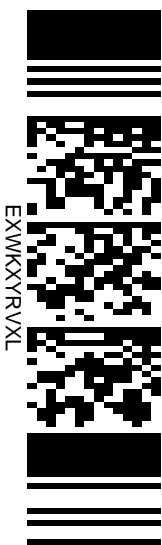


atención de los pacientes de cuidado crítico, con la intermediación de la UGCC para el traslado de los casos donde se exceda la oferta de camas y capacidad resolutive, recurriendo a macro-redes, redes de alta complejidad y convenios ya establecidos, posteriormente, de acuerdo a los lineamientos ya establecidos de la gestión de derivación de paciente crítico a través de la UGCC.

La UGCC realiza el seguimiento y monitoreo de camas de la red integrada en 5 niveles de organización: Nivel 1: Establecimientos prestadores, Hospitales y Clínicas con Unidades de Pacientes Críticos UPC; Nivel 2: los 29 Servicios de Salud; Nivel 3: las 16 regiones del país; Nivel 4: Las 6 macro-regiones; y Nivel 5, nivel nacional. El monitoreo se realiza midiendo la saturación de ocupación y disponibilidad de camas desde el nivel más micro al macro, es decir, del 1 al 5, generando acciones de acuerdo con cada nivel de saturación/disponibilidad, así como también en los contextos regionales y/o macro-regionales.

Una de las estrategias para resolver la situación de saturación/disponibilidad de camas, es la derivación del paciente crítico con la intermediación de la UGCC, para lo cual se estableció una gestión de derivación proactiva y una reactiva, procedimientos que explica en su informe.

Precisado lo anterior, refiere a continuación que por medio del ordinario N°1582 del 23 de julio de 2020, se informó el plan de coordinación público-privado de la Región de Magallanes y Antártica Chilena, para enfrentar la pandemia, y en la cual debido a la realidad en la infraestructura clínica de alta complejidad e insularidad regional, se definió que en el Hospital Clínico de Magallanes se concentrarían todos los pacientes con indicaciones de hospitalización por Covid 19, liberando a los otros establecimientos para atender pacientes con patologías no-covid 19. Además se estableció que, para las áreas críticas, es el el médico coordinador de áreas críticas quién autoriza el traslado de pacientes, en coordinación con la enfermera



gestora de la UGCC, empleando la herramienta de dicha unidad para este efecto.

Explica que a la fecha de presentación de este recurso la situación de camas críticas en la región es que se contaba con un total de 15 camas UCI y 9 camas UTI, de las cuales solo estaban disponibles 2 camas UCI y 2 camas UTI. Ahora a la fecha del presente informe cuenta con una ocupación de 13 camas UCI y 4 camas UTI, por lo que a esta fecha se disponía de 2 camas UCI y 5 UTI para poder atender pacientes graves ya sea por insuficiencia respiratoria severa a causa del COVID-19 como por otra patología que requiera de dichas unidades y atención de alta complejidad.

Que en base a los hechos y al cumplimiento de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria, se informó en esa oportunidad a la UGCC de tres paciente idóneos para el traslado, entre ellos el recurrente, ya que a esa fecha se encontraban clínicamente más estables, por lo que se postulaban a una aero evacuación, previo a análisis clínico que aún debe ser efectuado por los profesionales de la UGCC, quienes con todos los antecedentes de los pacientes en definitiva aprueban los traslados.

Señala que en los meses de enero y febrero se trasladaron 15 y 9 pacientes respectivamente, y que en la actualidad no hay pacientes que califiquen para ser transportados o están tan graves como para tolerar el vuelo fuera de la región, situación en la que se encuentra el paciente recurrente.

Explica pormenorizadamente cual es el criterio para traslado de pacientes, señalando que los más graves o inestables no pueden ser trasladados, por lo que se les debe garantizar un cupo en la UPC del Hospital en que se encuentran.

El informe continúa dedicando un capítulo al Fundamento Normativo Sobre El Traslado De Pacientes Para Aislamiento o Tratamiento Por Covid-19, refiriéndose a las facultades extraordinarias para enfrentar el brote del Covid-19,



contenidas en los diversos cuerpos normativos que cita y transcribe.

Hace presente, además, que de acuerdo al artículo 22 del Código Sanitario ante enfermedades trasmisibles, la Autoridad podrá disponer de establecimientos especialmente destinados para el aislamiento de los pacientes contagiados. De esta forma el traslado secundario de un paciente puede realizarse dentro del mismo Servicio de Salud o fuera de éste, incluso si corresponden a regiones distintas, y el destino puede ser la Región Metropolitana u otra región del país, que cuente con los recursos disponibles en la red.

En este orden, el artículo 22 del Código Sanitario establece, además, que *"Será responsabilidad de la autoridad sanitaria el aislamiento de toda persona que padezca de una enfermedad de declaración obligatoria, la cual de preferencia y en caso de amenaza de epidemia o insuficiencia de aislamiento en domicilio, deberá ser internada en un establecimiento hospitalario u otro local especial para este fin"*.

Refiere el informe que estando a cargo del aislamiento de los pacientes con Covid-19, el traslado forma parte de la atención de salud que éstos pueden recibir. No obstante para ejecutarlo de mejor forma, de manera de contar con la colaboración de los pacientes, se incorpora dentro del documento de ingreso, que es suscrito por el paciente, la autorización por parte de éstos, de eventual traslado a cualquier otro establecimiento o recinto que la Autoridad disponga.

Sin perjuicio de lo anterior, en el evento de no contar expresamente con la señalada autorización o que esta sea revocada, igualmente procede realizar los traslados requeridos, amparados en las facultades del Código Sanitario y lo dispuesto en el artículo 15 letra e) de la Ley N°20.584, que permite prescindir de las manifestaciones de voluntad del paciente en caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones supongan un



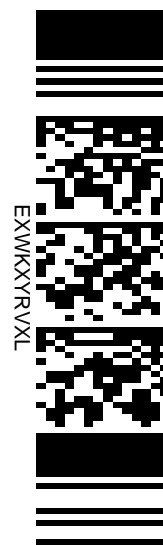
riesgo para la salud pública, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

Transcribe el texto del citado artículo 15, que dispone que, *“No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones: a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior, supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona”*.

Asimismo, hace presente que en el mensaje del proyecto de la ley N°20.584, se indica que el derecho de las personas a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento, admite ciertas excepciones basadas en razones de salud pública.

Lo anterior hace sentido, por cuanto el Estado tiene el deber de coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud (Art. 19 N°9 inciso 3° CPR), siendo garante del bien común (Art. 1 inciso 4° CPR) y del aseguramiento y garantía del cumplimiento efectivo de las acciones de salud dentro del Estado chileno, lo que implica en términos concretos y prácticos, crear las condiciones que permitan a todos sus habitantes el acceso a las camas críticas disponibles en su Red de Salud, evitando el colapso de los centros asistenciales, situaciones que generaría un resigo en la salud pública, al disminuir drásticamente las chances de sobrevivencia de los pacientes que cursan de forma severa una enfermedad que altamente infecciosa como el covid 19.

Describe la evolución clínica del recurrente, indicando que el día 17 de febrero presenta una evolución favorable, al día 19 se muestra estable con uso de drogas vasoactivas en dosis bajas, y que el 20 de febrero el paciente continuó con una evolución favorable, por lo que dada la disponibilidad crítica de camas, se decide su postulación a la UGCC para



traslado a una UCI extra regional en contexto de emergencia sanitaria regional.

Al día 21 de febrero, no hubo aeroevacuaciones y el paciente se mostraba en buenas condiciones clínicas, afebril y mostrando un mejor nivel de conciencia, se decide avanzar con la extubación, la cual se realiza sin incidentes, siendo pasado a ventilación mecánica no invasiva con apoyo ventilatorio, manteniéndose hemodinámicamente estable y sin drogas vasoactivas.

Señala que al día 21 de febrero el paciente deja de cumplir criterios clínicos aceptables para aeroevacuación, al no mantenerse conectado a ventilación mecánica invasiva.

Luego evoluciona negativamente debiendo el 23 de febrero ser reintubado, manteniéndose a la fecha del informe en extrema gravedad, por lo que no cumple parámetros clínicos de aceptación para aeroevacuación.

La recurrida alega ausencia de vulneración o amenaza de los derechos invocados, ya que de acuerdo a lo informado no existe un hecho arbitrario que amenace de manera alguna las garantías constitucionales invocadas, ya que su representada en todo momento ha empleado todos los medios disponibles para garantizar la salud, la integridad física del paciente, lo que incluye contar con una cama UCI disponible, lo cual se ha podido lograr precisamente por medio de la complejización de camas críticas y los traslados de otros pacientes, a otros centros de salud del país, de manera de garantizar no solo al paciente, sino también a toda nuestra comunidad regional la disponibilidad de camas críticas, y en definitiva, de un respirador artificial para efectos de otorgar un chance de sobrevivida en caso de cursar la enfermedad en forma severa, la cual sin estos medios significaría la muerte segura por asfixia.

Hace presente, a modo de conclusión, que no es efectivo que el paciente con fecha 20 de febrero de 2021, cuando se decidió postularle a la UGCC para ser aeroevacuado, se encontraba clínicamente inestable, por lo que era riesgoso su traslado. Que la falta de aeroevacuaciones los días 20 y 21



de febrero, y la extubación que se le efectuó al paciente por su buena evolución, lo descartó como candidato para un traslado, ya que ésta se limita solo para pacientes entubados a un respirador mecánico invasivo. Al agravarse, con posterioridad, a la fecha del informe no cumple con los parámetros médicos para una aeroevacuación, y que actualmente el paciente se encuentra en estado de extrema gravedad.

Finaliza señalando que la postulación de pacientes para aeroevacuación en la UGCC constituye un proceso dinámico que depende de múltiples factores, como disponibilidad de vuelos, disponibilidad de camas en otras UCI del país, y sobre todo que se mantengan las condiciones clínicas del paciente que lo hagan factible para un traslado seguro.

Por último, refiere que a la fecha del informe el Hospital contaba con solo 2 camas UCI disponibles y 5 camas UTI. La situación supone el riesgo que los pacientes severos que no cuenten con una cama crítica con ventilación mecánica invasiva, no tendrán una chance de sobrevivida.

Solicita que en virtud de lo señalado sea rechazado el recurso en todas sus partes, por carecer de oportunidad, o en subsidio porque su representada no ha conculcado o amenazado de forma ilegal o arbitraria las garantías constitucionales invocadas por el recurrente, ya que en todo momento se ha ceñido a los protocolos administrativos y clínicos que regulan su actividad, ante la emergencia sanitaria y disponibilidad de camas que hoy existe en nuestra región.

Se trajeron los autos en relación.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurso de protección ha sido instituido con el objeto de evitar las posibles consecuencias dañosas derivadas de actos u omisiones ilegales o arbitrarias que produzcan en el afectado una privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de las garantías constitucionales que se protegen con este arbitrio jurisdiccional, a fin de restablecer el imperio del derecho y otorgar la debida protección al ofendido.

Se trata de una acción constitucional de naturaleza



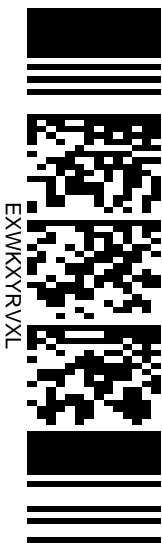
EXWKXRYRVLX

cautelar que fue incorporada a nuestra legislación como una garantía jurisdiccional para ser ejercitada en un procedimiento de urgencia, informal, inquisitivo, unilateral, breve y concentrado con el propósito de servir de remedio rápido, expedito, pronto y eficaz frente a ostensibles o manifiestas violaciones a derechos fundamentales taxativamente señalados en el artículo 20 de la Constitución y que puedan establecerse sumariamente, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben adoptar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amenace o moleste dicho ejercicio, siendo requisito indispensable demostrar la existencia de dicho acto u omisión, así como la forma en que se están vulnerando los derechos invocados.

Conforme a su naturaleza y claro objetivo, no genera, en sentido técnico, un juicio ni se persigue con su interposición establecer la responsabilidad civil, penal, infraccional o administrativa del ofensor. Por tanto, no se concibe respecto de una contienda civil entre partes ni da origen a un proceso penal o administrativo, es decir, no se aplica para discutir cuestiones de lato conocimiento respecto de las cuales el legislador ha establecido los procedimientos idóneos para que sean debatidas y resueltas.

SEGUNDO: Que, para que proceda el recurso se requiere la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) Que se compruebe la existencia de la acción u omisión reprochada, esto es, que efectivamente el recurrido ha realizado el acto (hecho) o incurrido en la omisión que se le atribuye; b) Que dicha acción u omisión pueda estimarse arbitraria o ilegal de acuerdo al mérito de los antecedentes; c) Que de la misma se siga un directo e inmediato atentado en contra de una o más de las garantías constitucionales invocadas y protegibles por esta vía, en términos que se prive, perturbe o amenace el ejercicio de un derecho indubitado y no disputado del afectado, que se encuentre expresamente garantizado y amparado en el artículo 19 del texto constitucional; y, por último, d) Que la Corte se encuentre en situación material y jurídica de otorgar la



protección pedida, esto es, si se encuentra en condiciones de adoptar alguna medida para proteger la garantía vulnerada.

TERCERO: Que, la acción u omisión que la recurrente califica como ilegal y arbitraria, la hace consistir en la decisión del Hospital Clínico de Magallanes de aéro-trasladar al paciente don Luis Alberto Jiménez López, afectado gravemente con coronavirus, a un centro asistencial en Santiago, en circunstancias que por la condición de salud en que éste se encuentra ello amenaza su derecho a la vida y a su integridad física y su derecho a la salud, decisión médica realizada sin el consentimiento del enfermo y de sus familiares, y que no tiene por objeto el beneficio del enfermo sino que es para poder liberar camas UCI en el señalado hospital.

CUARTO: Que, el Hospital recurrido informa que en conformidad a la normativa establecida para enfrentar el problema de salud pública provocado por la pandemia internacional de Covid-19, y ante el hecho que enfrentaban de no contar con capacidad de camas críticas con ventilación mecánica invasiva para nuevos pacientes severos, los que por tal motivo no tendrían chance de sobrevivida; por encontrarse el paciente clínicamente estable y entubado, -condiciones que permiten la aeroevacuación -, el día 20 de febrero del año en curso se postuló al recurrido a la Unidad de Gestión de Camas Críticas para ser aeroevacuado previo análisis clínico que debía ser efectuado por los profesionales de la UGCC, quienes con todos los antecedentes de los pacientes en definitiva aprueban los traslados.

La aeroevacuación de este paciente en definitiva no pudo llevarse a cabo porque no hubo vuelos el día 21 de febrero, y porque con posterioridad el paciente experimentó una mejoría por lo que se lo desentubó, condición que no lo hacía apto para el traslado ya que éste opera solamente con pacientes intubados y conectados a ventilación mecánica invasiva. Días después la condición del paciente empeoró agravándose en extremo, condición que tampoco permite la aeroevacuación, por lo que se evaluó no aeroevacuarlo.



QUINTO: Que, como puede advertirse del tenor del informe presentado, el Hospital recurrido en concordancia con la evaluación médica de la Unidad de Gestión de Camas Clínicas descartó la posibilidad de aeroevacuar al paciente porque sus condiciones médicas dejaron de ser aptas para realizar esa operación, en consecuencia, se desprende que el acto que motiva el presente recurso, fue dejado sin efecto, de manera tal que esta Corte de Apelaciones se encuentra impedida de adoptar alguna medida al respecto al haber cesado el hecho que originó la presente acción.

SEXTO: Que, sin perjuicio de lo anterior es pertinente agregar, que el Recurso de Protección no es la vía para discutir decisiones técnicas tomadas en el ámbito de la organización de una red de atención a nivel nacional de colaboración, por cuanto se trata de la gestión de recursos para enfrentar una pandemia que afecta a toda la población lo que excede al conocimiento de esta acción cautelar, más teniendo presente que se trata de cuestiones de evaluaciones médicas y sanitarias que se determinan en condiciones que son dinámicas, y donde se deben tomar decisiones con miras a la salud pública, que requieren adoptar medidas para tener disponibles todos los medios posibles para dar una chance de sobrevida a todos los casos graves que se generan irremediablemente en el contexto de una pandemia como la que actualmente padece la sociedad en su conjunto.

SEPTIMO: Que, a mayor abundamiento cabe tener presente que las decisiones para realizar aeroevacuaciones en esta situación de emergencia sanitaria se encuentran respaldadas por el ordenamiento jurídico, tanto por la normas del Código Sanitario, como por los reglamentos, decretos y protocolos dictados al efecto, y a los que se refirió pormenorizadamente el Hospital recurrido en su informe, por lo que los equipos médicos cuentan con las atribuciones para actuar y tomar decisiones dentro de los procedimientos establecidos, debiendo concluirse, en consecuencia, que en la especie éstos han actuado dentro del ámbito de la legalidad.



OCTAVO: Que, al no configurarse la decisión recurrida como un acto arbitrario o ilegal, además de no haberse concretado, la presente acción constitucional carece de objeto y debe ser desestimada, toda vez que esta Corte no se encuentra en situación de disponer alguna medida conforme a lo planteado en el petitorio del recurso.

Por estas consideraciones, y visto, además, lo dispuesto por el artículo 20 de la Constitución Política de la República y por el auto acordado de la Excma. Corte Suprema sobre tramitación y fallo de esta clase de recursos, de veinticuatro de junio de mil novecientos noventa y dos y sus modificaciones, **SE RECHAZA** el recurso de protección presentado por don Francisco Rufino Jiménez López, en favor de don Luis Alberto Jiménez López, y en contra del Hospital Clínico de Magallanes representado por su Director don Ricardo Contreras Faúndez.

Regístrese, notifíquese y archívese, en su oportunidad.

Redactada por la abogada integrante doña Carmen González Mundaca.

ROL N° 35-2021 PROTECCIÓN



Pronunciado por la Primera Sala de la C.A. de Punta Arenas integrada por Ministro Victor Stenger L., Fiscal Judicial Pablo Andres Miño B. y Abogada Integrante Carmen Gonzalez M. Punta arenas, doce de marzo de dos mil veintiuno.

En Punta arenas, a doce de marzo de dos mil veintiuno, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 06 de septiembre de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>