

**Miércoles 06 de marzo, Santiago**

**Estimadas autoridades del Hospital El Carmen:**

**Dr. Juan Kehr Soto**

**Director Médico**

**Dr. Ramirez Escobar**

**Subdirector Médico**

**Sr. Hermes Araya Núñez**

**Subdirector de Administración y Finanzas**

Mediante esta carta quisiera informar sobre la desvinculación del cargo que desempeñaba desde enero del año 2017 como médico del Servicio de Urgencia del Hospital El Carmen, bajo calidad contractual de convenio honorario. La decisión del despido me fue informada el día 04 de marzo por la Dra. Ruth Leiva, Jefa del Servicio de Urgencia, de manera oral, no contando con la anticipación legal estipulada y, a mi juicio, sin antecedentes que fundamentaran dicha decisión. Lo anterior, toda vez que la única explicación que se me otorgó tuvo relación con aspectos subjetivos, los que en palabras de la Dra. Leiva, señalaban que “no gustaba de mis competencias técnicas”, careciendo de la formalidad necesaria para formular dicha afirmación, tales como una evaluación de desempeño y/o una evaluación formal del Jefe Técnico del Servicio de Urgencia, el Dr. Héctor Sempertegui.

A continuación describo en detalle los sucesos ocurridos:

El 08 de febrero, estando en mi período de vacaciones, recibí un correo de citación por orden de la Dra. Ruth Leiva, sin especificar motivos, para el día 04 de marzo a las 11:00 am., en el que se me pedía explícitamente una asistencia puntual.

El día 04 de marzo a las 11:00 am. avisé de mi llegada a la secretaria de la jefatura, sin embargo, la jefa del servicio llegó aproximadamente a las 12:30 pm., sin excusarse por su retraso. Antes de dar inicio a la reunión, la Dra. Leiva solicitó la presencia del Dr. Sempertegui, indicándome que el motivo de la citación era que "no le gustaban mis competencias técnicas", por lo que "no quería que yo trabajara en su Servicio de Urgencia". Luego citó tres casos de pacientes atendidos por mí, sin tener a mano las fichas clínicas, con imprecisiones y errores en su relato, justificó lo antes mencionado. Solicité las fichas clínicas con el objetivo de aclarar de manera formal la ejecución realizada, pero se me comentó que no estaban disponibles. Me limité a explicar entonces, que en dos de estos casos el manejo clínico realizado fue decisión conjunta con especialistas del hospital y que el tercero, se trataba de un paciente en cuya hospitalización me demoré más de lo habitual, asumiendo mi error, pero que eso pudiese ser explicable en un contexto de colapso del Servicio de Urgencia. Ante lo expuesto, el Dr. Sempertegui planteó explícitamente estar en desacuerdo con la posición técnica de la Dra. Leiva en el primero de los casos, señalando que el proceder adecuado respecto de los otros dos, debía ser la revisión detallada de éstos. Luego de aquello, la jefa del servicio terminó la reunión diciéndome que "no tenía que consultar a nadie más sobre mi rendimiento", porque "para eso ella trabajaba en la urgencia", y que a contar de ese momento ya no trabajaría más en el Servicio. Solicité a la Dra. Leiva, tener acceso a los tres casos clínicos citados y recibir un despido escrito, esperando que éste se valiera de un informe que justificara mi desvinculación.

Dado que no dispongo de las fichas clínicas, pues no se me presentaron en la reunión ni tampoco posteriormente, realizaré una descripción de los casos clínicos a la base de lo que recuerdo:

Primer caso: una paciente con un TEP grave que recibí del turno anterior, en malas condiciones generales, tendencia a la hipotensión, taquicárdica, taquipneica y requerimientos altos de oxígeno. El manejo se realizó conjuntamente con el Dr. Matías Gris, urgenciólogo, siendo para ambos la decisión de trombólisis algo controversial, ya que la paciente tenía el antecedente cáncer, sin tener claro su estadio. Presenté el caso a UPC y solicité a OIRS llamar a sus familiares con urgencia, para saber cuán avanzado estaba su cáncer y, dado el mal pronóstico, pudiesen acceder a ver a su familiar.

La Dra. Leiva visitó el área del reanimador a las 10:00 am. aproximadamente, le comentamos el caso y respondió gritando que “¿por qué esperábamos que llegara ella para tomar la decisión?”, le explicamos que no se trataba de esperarla, sino que en tanto Jefa del Servicio, requeríamos de su gestión para conseguir una cama UPC de respaldo, dada la condición clínica de la paciente. Además, le consultamos sobre la existencia de un protocolo de trombólisis, dado que sólo contábamos con tenecteplase, que no tiene dosis de respaldo en evidencia médica para TEP. La Dra. Leiva hizo caso omiso a la explicación que le ofrecimos y a la consulta realizada, retirándose del área del reanimador. Esta situación fue presenciada por el personal de salud a cargo de la paciente. Posteriormente, con los antecedentes recabados, junto con el Dr. Gris, decidimos trombolizar a la paciente y realizar manejo de vía área invasivo y fue aceptada en UPC. Este relato está registrado en la ficha clínica de atención de la paciente.

Segundo caso: en el área del reanimador, un paciente del turno anterior con Hiperkalemia y AKI, que había sido evaluado durante la mañana por la Dra. Santibañez, nefróloga del hospital. Presenció su examen físico y conversamos el caso, indicándome que el paciente debía ir a diálisis de urgencia, por lo que requería de un Catéter Transitorio de Hemodialisis (CTH). Dicha evaluación de nefrología y su indicación está escrita en la ficha clínica del paciente. Solicitamos el material para el procedimiento, dado que teníamos el recuperador con mayor uso de camas del establecido y con alta demanda clínica, momento en que la Dra. Leiva se ofreció a instalar el catéter. Una vez que la misma iba a llevar a cabo el

procedimiento, pesquisó un globo vesical por lo que se suspendió la instalación, manejándose como AKI post-renal. Este relato está registrado en la ficha clínica del paciente.

Tercer caso: Paciente adulto mayor, con Sd. febril sin foco, compromiso cualitativo de conciencia, solicité exámenes, que en primera instancia no me parecieron concluyentes ni concordantes con la clínica del paciente, por lo que pedí nuevos exámenes para ampliar la búsqueda de foco infeccioso, prolongando su estadía en el servicio de urgencia. Aún estaba a la espera de mi reevaluación, en un contexto de colapso del servicio, cuando la Dra. Leiva quien estaba de turno en la UPC, asistió a la urgencia las 02:00 am. aproximadamente y comenzó a reevaluar pacientes de los médicos de turno, sin consultarnos ni conversar los casos con nosotros como tratantes. Entre los datos que reevaluó, tomó el caso del paciente en cuestión, y sin consulta ni conversación previa conmigo, como médico tratante, hospitalizó al paciente, le dije que no se preocupara que yo lo hospitalizaba, a lo que se negó.

A propósito de estos tres casos, citados en la reunión sin ningún tipo de rigurosidad, como mencioné antes, la Dra. afirmó que “carecía de competencias técnicas”, “que no me preocupaba de los pacientes” y que prueba de ello era que “la paciente del TEP había fallecido por mi responsabilidad”. Le expresé la injusticia y arbitrariedad de esa afirmación, dejándole claro que a priori la paciente tenía un cuadro con muy mal pronóstico y que hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance. Le afirmé que mi compromiso en el hospital se basaba en un interés verdadero por el bienestar de los pacientes y que eso podía ser atestiguado por mis pares médicos y el resto del equipo de salud del Servicio de Urgencia. Además de mostrarme sinceramente dispuesto a resarcir cualquier error o falta cometida, aún cuando todos los informes de desempeño que se han cursado respecto de mis labores, han sido muy bien calificados.

Ante esta situación, les escribo para solicitar a las autoridades respectivas una revisión y respuesta sobre este despido que resulta irregular, en tanto no sigue los conductos correspondientes. Esto lo sostengo a la base a lo siguiente:

1. Dado que mi condición contractual es bajo modalidad de honorarios, se ha pasado a llevar el acuerdo sostenido por el sindicato con el Servicio de Salud Metropolitano Central, que establece que en convenios de honorarios se debe desvincular por escrito, con anticipación y fundadamente, según cláusula acordada con la Dirección del Hospital.
2. La jefatura al indicarme que no asista más a trabajar a la urgencia pasa a llevar la Circular N° 1 con fecha 30 de enero de 2019 del SSMC que establece la indicación a HEC y DAP de que el *término de contrato a honorarios debe ser con 30 días de anticipación*.
3. La argumentación de la jefatura fue de forma verbal en base a tres casos en que se supone que cometí negligencias en mi trabajo. Ante esto exijo un registro formal de evaluación de dichos casos y seguimiento a los mismos. Dado que el motivo del despido sería falta de competencias técnicas, solicito una evaluación formal sobre competencias emitida por el Jefe Técnico del Servicio de Urgencia, Dr. Hector Sempertegui y el Dr. Matías Gris, asesor técnico, especialistas en Urgenciología.
4. Actualmente soy candidato inscrito al capítulo médico del Hospital del Colegio Médico, situación que agrava la decisión de la jefatura, ya que esto pudiese interpretarse como una práctica anti-gremial.

Por todo lo anterior, solicito que se revise el caso descrito y se revalúe la decisión de la jefatura, ya que ha pasado a llevar todos los conductos regulares y la institucionalidad vigente de nuestro hospital y servicio. Además, dada la falta de evaluación formal, resulta un despido arbitrario e injustificado lo que no responde a las exigencias mínimas a las que se debe un servicio de profesionales de una institución de salud pública.

Se despide atentamente,

Dr. César Salazar Schneider

R.C.M 39.280-4