

INFORMES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

I

Pasé mi primera infancia en un parque de caravanas en Texas, así que, hasta que me convertí en una médica de urgencias en Oakland, pensaba que sabía algo sobre barreras en el acceso a la sanidad e incluso quizá algo sobre la pobreza. El Servicio de Urgencias del hospital del condado de Oakland tiene alrededor de 75.000 consultas anuales, es decir, 200 diarias. Tiene 43 camas; debido a la masificación, hay camas «extra» en los pasillos que han acabado siendo designadas oficialmente áreas de atención al paciente: primero llegó el Pasillo I, un año más tarde el Pasillo II y ahora el Pasillo III. Por la noche, el Servicio de Urgencias solamente tiene un médico supervisor con un par médicos residentes –en formación–, uno o dos estudiantes y alrededor de diez enfermeros; desde media mañana hasta las dos de la madrugada, las horas de mayor movimiento, la supervisión se amplía a dos médicos.

Los hospitales de condado son el lugar a donde van los que no tienen seguro. Los ancianos y los discapacitados que tienen derecho a asistencia del Federal Medicare y Medicaid también pueden ir allí, pero a menudo van con el seguro a otras partes. Los que no tienen ningún seguro, no tienen dinero y tampoco ningún otro sitio a donde ir, vienen al hospital del condado. Nuestra especialidad es el tratamiento inicial de todo. Hay pacientes que me bendicen por el tiempo que les concedo, después de haber esperado 18 horas para verme durante cinco minutos para que renueve una receta, y otro que regularmente me saluda con un «tú, zorra, tráeme un sándwich». Tuve un paciente, nacido en el hospital del condado, que mentía sobre su seguro privado para poder volver a lo que llamaba «mi hospital», pero son muchos más los que sienten que han tocado fondo cuando no pueden permitirse recibir asistencia en otra parte.

Alrededor del 47 por 100 de los pacientes son afroamericanos y el 32 por 100, hispanos. Recurrimos con regularidad a las líneas de traducción telefónica de eritreo y mongol. También tenemos pacientes que no están totalmente desprotegidos, pero que quedan fuera del sistema al perder sus trabajos; la mayor parte de los estadounidenses tienen el seguro unido al

empleo, ya sea el suyo o el de algún miembro de la familia. No es raro encontrar que la razón principal para visitar el hospital esté registrada como «Seguro perdido», «Kaiser perdido» (la principal organización médica privada de California), «Perdido el seguimiento» o simplemente «Perdido», que todos sabíamos lo que significaba. Todas las semanas vemos a pacientes con una descompensación de sus dolencias crónicas que dicen «yo estaba bien hasta que perdí mi trabajo y no pude conseguir mis medicinas».

Algunas de las consultas son auténticas emergencias, ya que hay 2.500 casos de traumas graves al año. Normalmente son tiroteos, heridas por arma blanca, caídas, asaltos y accidentes de coche; muchos, si no la mayoría, incluyen el alcohol y las drogas. En 2008 hubo 124 homicidios solamente en Oakland, la mayor parte debidos a armas de fuego; muchas de las víctimas habían estado implicadas con anterioridad en actos violentos. El Servicio de Urgencias recibe una cascada de adolescentes víctimas de disparos, maldiciendo y gritando desde que entran por la puerta, amenazando a médicos y policías con los brazos marcados con los tatuajes de las bandas; al día siguiente los vemos convertidos en los niños que son, intimidados por la presencia de sus madres junto a las camas donde se recuperan. También tenemos a los transeúntes, a los adolescentes que resultan heridos mientras vuelven a casa andando desde el colegio; al anciano chino alcanzado por una bala perdida cuando salía a comprar el periódico; a la madre herida por ponerse delante de su hijo que, cuando es interrogada por la policía, afirma no conocer a los autores de los disparos, mientras que, al día siguiente, la enfermera oye como congrega a sus «chicos» para una incursión de venganza. Esta clase de traumatismo suele convertir a las víctimas en autores. El primer «certificado de defunción» que firmé como interna fue para la madre de tres chicos. Los dos mayores habían pasado tres meses en la Costa Este con unos parientes para dejar que se enfriara la «situación del barrio». Menos de 24 horas después de su regreso a Oakland, los tres fueron tiroteados mientras andaban por la calle. Los dos mayores murieron. El menor, que tenía dieciocho años, tenía un pulmón colapsado, pero sobrevivió. En la última consulta de seguimiento, fue remitido a la asistencia social por «evidencia clínica de depresión», aunque en ese momento no había disponible un consultorio de asistencia social para pacientes externos.

Las drogas y el alcohol aumentan toda clase de riesgos y alcanzan a todas las clases sociales, pero en esta comunidad la cocaína es la que manda. Fumar cocaína en forma de *crack* es un desencadenante tan habitual del agravamiento del asma que en los partes hemos llegado a llamarlo «crasma». Al principio, los doctores del Servicio de Urgencias se asustaron cuando unas pequeñas y enjutas ancianas que habían acudido por dolor en el pecho, dieron positivo por cocaína en un test de orina. Resultó que eran fumadoras sociales de opio en las colinas del Sudeste asiático, que pasaron a fumar *crack* cuando sus familias se las trajeron a Oakland. Les debió parecer algo similar, aunque resultó mucho peor para sus corazones. Hace poco vi a una mujer de cincuenta y cinco años a la que su familia

se la había encontrado tirada en el suelo en medio de la noche. El examen del TAC reveló una gran hemorragia cerebral. Después de años de planearlo, había conseguido arreglar las cosas para trasladarse a Mississipi con su familia, donde pensaba que sus adolescentes nietos, que habían empezado a flirtear con la actividad de las bandas, estarían más seguros. Había estado recogiendo y empaquetando toda la noche para irse al día siguiente, y, para mantenerse despierta, había utilizado la cocaína que probablemente había provocado el derrame cerebral.

También están las emergencias médicas de todos los días: *shock* séptico, ataques al corazón, derrames, pulmones devastados e infecciones de la piel, paradas respiratorias y cardíacas. Estas situaciones, junto a los graves traumatismos provocados por heridas, son los casos para los que se creó el Servicio de Urgencias. Pero la mayor parte de nuestros pacientes no se ajustan a eso, simplemente están enfermos y no tienen otro sitio a donde ir. El hospital del condado tiene un amplio complemento de consultas externas, llevadas por algunos de los mejores doctores que conozco. Pero la última vez que recurrí a él, encontré que la próxima cita disponible para atención primaria era para seis meses después. Algunas veces no se dan citas, solamente hay una carpeta donde anotamos un nombre y un número de registro médico, para poner a un paciente en una lista de espera de seis meses.

Luego están los pacientes que tenían una cita para una consulta externa pero no tienen teléfono, y por eso no se les informa de que su visita se ha cambiado de fecha. Están los que tienen que coger tres autobuses para llegar a la clínica y pierden el último; los que les gustaría ver a sus médicos, pero se les olvida venir después de haber bebido demasiado, y otros, especialmente los ancianos, que no acudirán a citas a última hora de la tarde porque tienen miedo de volver a casa de noche. Algunos pacientes simplemente necesitan recetas; les roban las medicinas, se les acaba una prescripción porque se sintieron mal y aumentaron por su cuenta la dosis, o simplemente quieren el jarabe para la tos con codeína que se ha convertido en una droga popular de la que se abusa. Están los que tienen unas vidas tan complicadas —por tres trabajos o por seis niños— que todo lo que pueden hacer es acudir a una consulta de urgencia a las tres de la madrugada. Vienen al Servicio de Urgencias del hospital del condado porque siempre estamos abiertos y nunca negamos la asistencia a nadie.

Al comenzar un turno, empezamos de forma inmediata. Hay una reunión de 20 o 30 minutos de traspaso verbal de todos los pacientes del Servicio, con una actualización de su estado y discusión de lo que es necesario hacer. La mayor parte del turno transcurre corriendo de un lado a otro, viendo pacientes y discutiendo sus tratamientos. Pero también tenemos que tratar con especialistas y responsables de admisiones, intervenir para controlar el tráfico de ambulancias y mediar en asuntos de personal. No hay un tiempo de descanso oficial, comemos cuando podemos. Llevo un teléfono móvil que suena constantemente con casos y preguntas. Los mé-

dicos de urgencias se ven interrumpidos por enfermeros, estudiantes, técnicos, farmacéuticos y por otros médicos cada 3 o 4 minutos (se ha estudiado realmente). Hay turnos en los que no encuentro un momento para ir al cuarto de baño.

La dotación de personal de enfermería es a menudo el mecanismo de filtración del proceso. Los enfermeros –que van desde las caras frescas de los recién graduados con sus batas rosas ajustadas hasta auxiliares procedentes del ejército cubiertos de tatuajes– son la primera línea de asistencia del hospital del condado. Ellos son los primeros que ven a los pacientes y son responsables de revisar a las docenas que se pueden presentar en un momento dado, los que deciden quiénes necesitan ser atendidos inmediatamente y quiénes pueden esperar. Aguantan la mayor parte de las frustraciones de los pacientes; son los que los desvisten, encuentran heridas y armas escondidas, medicinas y dinero, agujas y pipas para fumar *crack*. La legislación californiana autoriza un máximo de cuatro pacientes por cada enfermero y el sindicato vigila rigurosamente que se cumpla. También tienen establecidos tiempos de descanso y para las comidas. Las órdenes de los médicos, sobre medicación por ejemplo, no se pueden ejecutar sin un enfermero y por eso los pacientes a menudo esperan horas antes de ser hospitalizados o aliviados de sus dolores. El sindicato normalmente es una fuerza positiva, aunque algunos piensan que ha comprometido las relaciones médicos-enfermeros, e incluso yo, que fui delegada sindical durante algunos años, pienso que ha fomentado algunos abusos del sistema médico del condado.

Unos cuantos doctores claman contra los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias para asistencia rutinaria, pero la mayoría de los que han elegido trabajar en el sistema médico del condado están orgullosos de hacer frente a todo lo que les viene encima, manteniéndose firmes en medio del torbellino, orgullosos de ser parte de la red de seguridad. Por eso cuando los pacientes no pueden tener asistencia primaria, les decimos que regresen al Servicio de Urgencias cuando volvamos a estar de guardia. He comenzado la medicación de pacientes con una diabetes recién diagnosticada y les he pasado a la insulina antes de que pudieran conseguir ver a un médico de atención primaria. He prescrito el primer, segundo y tercer nivel de medicación para la presión sanguínea. He visto a tres generaciones de mujeres, más una tía, de la misma familia. Hay un cuadro de habituales a los que conocemos por su nombre; discutimos sus últimas visitas y nos enviamos un correo electrónico cuando mueren. De esta manera, proporcionamos atención primaria; algunos de nosotros disfrutamos haciéndolo, y los pacientes ciertamente la necesitan. Pero, al final, simplemente no somos muy buenos en ello. Un Servicio de Urgencias es un pésimo lugar para atender enfermedades crónicas.

El fracaso de la atención primaria, preventiva, crea emergencias que no deberían producirse. El hospital del condado es donde las enfermedades se presentan en la peor versión de sí mismas: lo que debería haber sido

un simple caso de diabetes que hubiera exigido medicación oral y un cambio de dieta, se presenta como una cetoacidosis diabética, una enfermedad muy grave producto de la presencia de ácido en la sangre. Vemos muchas infecciones graves que solamente pueden tratarse mediante la amputación, pero que en su momento fueron una simple celulitis tratable con antibióticos; numerosos ictus que hubieran podido ser evitados con un control de la tensión. Aunque el Servicio de Urgencias trata de dar a los pacientes lo que necesitan, no puede ofrecer un número de teléfono al que puedan llamar para mantener la medicación, un consultorio al que regresar o la oportunidad de ir al mismo doctor año tras año.

Frecuentemente, el Servicio de Urgencias fracasa a la hora de valorar al paciente en su conjunto. Dado el volumen y la gravedad de los que atendemos, algunos pacientes estacionarios tienen demasiados problemas como para poder afrontarlos en el curso de una consulta. En medicina hablamos de la «queja principal», la razón principal de la visita. Puede ser un dolor abdominal, un esguince de tobillo, la pérdida de seguro o un dolor en el pecho. Cuando los pacientes empiezan con una lista de quejas diversas, algunas veces les pedimos que señalen el motivo que les ha traído ese día. Un colega recientemente me ponía al tanto sobre un paciente, «sesenta y cinco años, con pérdida de visión en un ojo desde hace dos semanas, atendido cuatro días antes por una indigestión y ahora a la espera de un TAC para descartar un derrame». Le pregunté por qué no habíamos evaluado la pérdida de visión cuatro días atrás y me dijo que el paciente no la había mencionado. Cuando se le preguntó por qué no lo había hecho, el paciente dijo que se le había dicho que sólo podía tener un problema. Eligió la indigestión porque dolía, mientras que la pérdida de visión no era dolorosa.

Todos los Servicios de Urgencias están obligados por ley a examinar a los pacientes y proporcionar el tratamiento inicial, al margen de la cobertura que tengan, pero la definición de «tratamiento inicial» es amplia. Con frecuencia vemos a pacientes con fracturas graves diagnosticadas en un hospital privado. Llegan con férulas inmovilizadoras temporales y radiografías en la mano diciendo «no tenía seguro y me dijeron que viniera aquí». Cuando queremos transferir pacientes a un hospital cercano para una cateterización cardíaca a fin de tratar un ataque grave de corazón, se nos pide que mandemos un fax con la «hoja frontal», un resumen de la información básica del paciente: nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono y cobertura. Aunque técnicamente es ilegal que un hospital que tenga espacio se niegue a aceptar a un paciente que necesita un «nivel de asistencia más elevado», como la cateterización cardíaca que nuestro hospital no ofrece, frecuentemente se nos dice que no hay camas disponibles. Recibimos esta respuesta muchas más veces cuando se trata de pacientes sin seguro que cuando pertenecen a Medicare o tienen aseguradas pensiones de incapacidad del gobierno.

La prestación de asistencia en Estados Unidos está muy a la zaga de nuestros conocimientos farmacéuticos y de diagnóstico. La mayoría de las soli-

citades de aprobación de nuevos medicamentos pertenecen a categorías donde los buenos medicamentos ya están disponibles; más que una medicina nueva para la diabetes, necesitamos una buena investigación sobre cómo hacer llegar a los diabéticos las medicinas que tenemos. Nuestro sistema de salud ha generado una enorme cohorte de pacientes que están diagnosticados pero que no reciben tratamiento o el que reciben es insuficiente. Éstos no son misterios médicos sino sociales. Las barreras para una asistencia sanitaria son miles y no todas son una función del sistema. He visto a una mujer sin techo, probablemente esquizofrénica, buscando su primer cuidado para un tumor de mama que tuvo que estar ahí durante años antes de crecer hasta ocupar la mitad de su pecho. A un hombre al que habían traído en ambulancia a la que finalmente había llamado cuando sus piernas se hincharon demasiado, por insuficiencia cardíaca y coágulos de sangre, para poder pasar por la puerta de su cuarto de baño; no había salido a la calle en una década. O al hombre joven al que dos años antes se le había diagnosticado una ligera insuficiencia renal y que, cuando se volvió a presentar, la complicación era tan grave que el especialista de riñón al que llamé me dijo que solamente la había visto una vez antes, hacía treinta años en un pueblo de India. El hombre parecía razonable y era suficientemente responsable como para tener dos trabajos y sostener a una familia en Estados Unidos y a dos en México. No hablaba inglés y realmente no había entendido que se suponía que tenía que volver. Hasta que estuvo demasiado débil para trabajar, había estado tirando adelante. Éstos son pacientes marginados por algo más que el sistema sanitario de nuestro país, marginados por una colisión de pobreza, servicios sociales pobres y pésimo transporte público, abuso de sustancias, barreras lingüísticas y más.

II

Hace poco he trasladado mi práctica al Servicio de Urgencias del San Francisco Medical Center de la Universidad de California, a 20 km de distancia, con una beca de especialización de un año. Éste es un hospital superior de referencia, famoso por tratar pacientes con diagnósticos difíciles, con síndromes que sólo afectan a cinco pacientes en el mundo; algunos son bautizados por científicos que trabajan escaleras arriba en el mismo centro médico. El hospital es un centro de trasplantes y muchos de sus pacientes utilizan drogas que suprimen sus sistemas inmunológicos; las mismas medicaciones que evitan que rechacen los órganos transplantados los hacen vulnerables a graves infecciones que pueden progresar rápidamente. Muchos de los pacientes tienen anomalías de corazón o de pulmón. Hace poco vi a un niño con tan poca circulación de oxígeno que sus labios eran azul oscuro. Antes de que pudiera ponerle un tubo endotraqueal en la garganta, su padre me dijo que siempre estaba así por un defecto del corazón. Habían venido por un dolor abdominal. Mientras que en Oakland algunas veces nos quejábamos de lo simples que eran los casos, aquí nos quejamos de que no hay pacientes simples. Las quejas principales como «laceración

en dedo» están inevitablemente seguidas de «transplante de corazón hace dos días», una «erupción» por «historia del síndrome de Gorlin», la «tos» por «a la espera de transplante de pulmón la semana que viene».

En este Servicio de Urgencias nunca he sido insultada por un paciente, pocas veces me han pedido un sándwich y sólo ocasionalmente he visto que una prueba de orina diera positiva por cocaína. Los pacientes prácticamente siempre pueden tener sus medicinas y con frecuencia tienen citas de seguimiento ya planeadas. Normalmente pueden recitar sus medicinas y a menudo describir de memoria todo su historial médico. Más de una vez se me ha dicho que el responsable de una subespecialidad de un departamento bajaría él mismo porque el paciente era un miembro de la facultad o algún VIP; en un cambio surrealista, dos de mis tres primeros pacientes eran doctores. Prácticamente nunca relleno prescripciones para más de dos días, porque ése es el ámbito de la atención primaria. En un turno medio, veo por lo menos a tres pacientes que tienen noventa o más años, la mayor parte de los cuales vienen ellos solos al hospital. En el sistema de sanidad del condado parece que nadie llega a los noventa años.

Las propuestas sobre atención sanitaria generadas con la Administración Obama dan por hechas las profundas desigualdades en la distribución de la asistencia médica en Estados Unidos. Tanto los planes del Congreso como los del Senado caen dentro de un abanico de opciones intermedias que legislan mayor dinero a pagar al sistema privado a cambio de concesiones mínimas. Ni crean los beneficios de la diversificación de riesgos para el sistema público (que actualmente cubre a los ancianos y a los más enfermos), ni hace que la industria aseguradora asuma el fondo de riesgo total de jóvenes y viejos, enfermos y sanos, que por sí solo haría la cobertura universal factible. Con el seguro obligatorio y la no cobertura penalizada, nuevos millones se verían obligados a pagar dentro del sistema privado, mientras que decenas de millones de los actuales 46 millones de personas sin seguro permanecerán sin cobertura tanto en el plan del Congreso como en el del Senado. El debate en el Congreso ha evitado las realidades médicas y sociales para centrarse en dilemas retóricos. La medicina reproductiva, que debería ser un asunto de los estándares científicos de asistencia, ha sido arrojada al debate como un negociador *quid pro quo*.

La asistencia sanitaria en Estados Unidos es el tema de los derechos civiles de nuestra época. La ampliación de la cobertura de los seguros no resolverá las enormes barreras sociales que se encuentran entre los pacientes y el tratamiento médico óptimo. Una asistencia primaria adecuada mitigaría los devastadores efectos de estos factores sociales. En el actual sistema de hospitales de condado, un paciente que pierde un autobús y, por ello, una cita, puede esperar meses para conseguir otra, e incluso puede no ser capaz de obtenerla por teléfono. En un sistema de atención primaria funcional, los pacientes que pierden citas, o un paciente reciente diagnosticado con una insuficiencia de riñón, serían llamados de nuevo, no quedarían perdidos en su seguimiento.

Es difícil hablar de un término medio para algo que es un derecho fundamental. Algunos piensan que no hay ningún mal en tomar lo que podemos y seguir con ello; pero probablemente no sea cierto. La industria de los seguros obtiene grandes beneficios con el plan actual que serán difíciles de revertir. Además, las propuestas dan validez a gran parte de la injusticia del actual sistema, que ha crecido *ad hoc*, pero que, hasta ahora, nunca ha sido explícitamente sancionado como un plan factible por el gobierno federal. Tolerar un bricolaje desastroso es una cosa; ensalzar sus virtudes, otra bien distinta.

He sido muy consciente de las secuelas que nuestro desequilibrado sistema tiene para los pacientes del hospital del condado, pero, hasta hace poco, no creo que reconociera el daño que estaba haciendo a las pequeñas minorías a las que sirve bien. En uno de mis primeros turnos en el hospital de la Universidad de California, la enfermera de acogida me pasó una nota manuscrita de un paciente en la sala de espera. Decía:

Por favor, ayúdeme. Mi mandíbula está rota y tengo grandes dolores. Llevo aquí una hora y todavía estoy sangrando. Mis manos y pies están entumecidos y estoy empezando a temblar. Necesito cuidados. Tengo seguro.

El joven ingeniero electrónico que había escrito la nota estaba en los treinta y tantos, no consumía drogas ni alcohol y no se había visto envuelto en una pelea en su vida. Se le había prescrito una medicina para la tos con codeína para una enfermedad vírica y se había caído en su cuarto de baño, rompiéndose la mandíbula y varios dientes contra el lavabo. Sus heridas no eran mayores ni más devastadoras que las que provoca la violencia en Oakland. Lo llamativo era que un hombre joven con estudios pudiera sentir que su dolor, sangrando y temblando, no le fuera a proporcionar atención en uno de los mejores hospitales del país, pero que su seguro sí lo haría; asumía que la breve demora antes de que se le hubiera atendido se debía a la sospecha de que no tuviera seguro, no a los pacientes con ataques e insuficiencias cardíacas que habían llegado justo antes que él. Si hasta los privilegiados sienten que el acceso a la sanidad es tan vulnerable, se hace difícil argumentar que el sistema funcione para nadie.