

Cuando el médico de familia hace la diferencia: el acceso a las curas entre eHealth y viejas desigualdades sociales



Giulia Mascagni

CAMBIO Laboratorio di ricerca sulle trasformazioni sociali

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali DSPS

Università degli Studi di Firenze

giulia.mascagni@unifi.it

Desigualdades sociales y salud: el caso de Florencia y de cómo y por qué nace esta investigación



Punto inicial: afrontar el clásico problema todavía sin resolver de la *desigualdad social* y buscar las interrelaciones con el *estado de salud*.

Principales preguntas de la investigación:

- ① si y cómo los “determinantes sociales” de la salud influyen en estar bien/estar mal;
- ② si y cómo el mismo estado de salud a su vez actúa (con-)causalmente para determinar trayectorias y resultados finales de los estilos de vida;
- ③ implicaciones recíprocas y dinámicas circulares entre las dimensiones en 1 y 2.

Aplicación: “monitorizar” los estilos de vida y de salud de los adultos maduros para entender mejor como tanto los *recursos económicos, culturales y sociales* de los que el individuo dispone como la *dimensión social* y *el contexto* juegan un papel importante en las dinámicas de acumulación de las desventajas.

¿A quién se ha dirigido y por qué?



¿Por qué a los mayores de 60?

Porqué las condiciones de bienestar y malestar en la edad madura (y después anciana) son la consecuencia de la acumulación de ventajas e inconvenientes que han caracterizado y marcado las fases de vida precedentes.

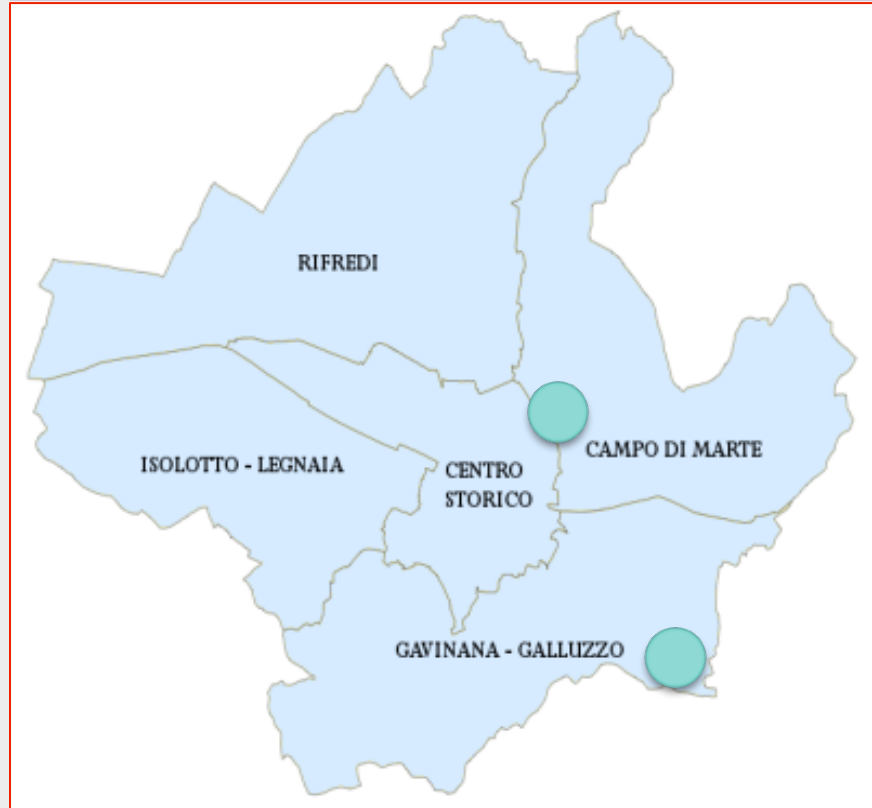
¿En qué cosa se ha concentrado la investigación?

- **Eventos** más significativos y capaces de marcar los pasajes entre las diferentes edades (jubilación, cambios en el núcleo familiar como consecuencia de la marcha de casa de los hijos, viudedad, deterioro y/o pérdida de autonomía física).
- Sobre la calidad y la cantidad de los **recursos** disponibles, y dinámicas de acumulación o de deterioro de los mismos.
- Sobre el impacto de **presiones y condicionamientos** de los ambientes externos (de trabajo, de barrio, en el ámbito familiar y de los amigos) en el curso de los años;
- Sobre cómo todos estos procesos condicionan las posibilidades y las trayectorias de los individuos, incluso por lo que respecta a **estilos de vida** individuales, sensibilidad en los temas que se refieren a la salud, cuidado de sí mismo.

¿Cuándo y dónde se ha efectuado?

- El periodo de tiempo para las relevaciones empíricas está comprendido entre junio de 2011 y septiembre de 2013
- El campo de acción se ha situado en dos barrios de diferente perfil social, uno burgués y otro obrero, seleccionados a partir del análisis del área urbana de Florencia

Florencia
Circunscripciones administrativas y áreas seleccionadas



¿Con qué metodología?



- **Aproximación: cualitativa.** Por la complejidad del tema que se está analizando y para poder “ir más allá de los números”.
- **Instrumento: entrevista en profundidad.** La lista de preguntas abiertas a pesar de proporcionar elementos e informaciones (= datos) menos generalizables y de más compleja y difícil adquisición, era el instrumento más idóneo para hacer emerger e individuar las diferentes lógicas y dinámicas en juego.
- **Muestra: muestreo tipológico** de 20 hombres y de 20 mujeres de edades comprendidas entre los 60 y los 65 años y los 70 y los 75, residentes en dos zonas determinadas de la ciudad, por un total de 40 entrevistados.

Dimensiones y dinámicas investigadas



- Autopercepción del estado de salud.
- Acumulación de ventajas e inconvenientes con consecuencias directas e indirectas sobre la salud. En particular, para los siguientes potenciales resultados:
 - ✓ comportamientos insalubres e inseguros;
 - ✓ exposición a riesgos físicos, químicos, mecánicos en el ambiente de vida y/o de trabajo;
 - ✓ exposición a dinámicas psicosociales de impacto negativo.
- *Posibilidad y experiencias de acceso a determinados espacios, servicios, trayectorias de prevención y de cura.*

Relaciones cruciales




El resultado de la investigación florentina confirma y valida las relaciones ya existentes en la literatura sociológica y epidemiológica (sobre todo) internacional:

- ✧ mayores *recursos económicos* permiten antes de nada disponer de tiempos y espacios para dedicar a actividades “salutistas”;
- ✧ mayores *instrumentos de conocimiento e información* llevan a una más cuidadosa y consciente capacidad de distinguir entre lo que es positivo y lo que perjudica al propio estado de salud;
- ✧ el *contexto social* y el *network de relaciones* en los que te mueves pueden facilitar (o, al contrario, obstaculizar) las estrategias de salud puestas en acto por el individuo.

Disparidad y escalas de intensidad



Observando las principales dimensiones de la desigualdad social activas sobre la esfera de la salud ha sido posible elaborar una *tipología de referencia* bajo forma de “*estructura sedimentaria*” con *diversos grados de intensidad* organizada en tres líneas:

Pobreza  **Bienestar**

➤ continuum ya conocido y tradicional que nos lleva al *ámbito económico*

Delega  **Autonomía**

➤ continuum que se refiere a la dimensión del *capital cultural* que abarca desde una situación de dotación mínima correspondiente a la *delega*, o *descalificación de la elección*, y una situación de *autonomía y poder*

Marginalidad  **Integración**

➤ continuum que se refiere a la dotación de *recursos relacionales* en sus diversas declinaciones (familiares, amistades y de vecindad) que se desarrolla desde un extremo negativo de *marginalidad* a un extremo positivo de *integración*

Combinaciones peligrosas versus combinaciones protectivas



Considerada *singularmente, ninguna* de las *variables* resulta ser *suficiente* para explicar de manera convincente el realizarse de las dinámicas de desigualdad.

Emerge la *importancia* de sus *combinaciones*, sobre el fondo no despreciable de la situación económica general.

Todos estos elementos juntos empujan al individuo hacia específicas elecciones que tienes que ver con:

- el *saber orientar* en el ámbito del acceso y de los caminos de prevención y de cura;
- el *protegerse* y *proteger* de comportamientos insalubres o de peligro para la salud;
- el *reconocer* y *evitar* – o al menos limitar - los factores de riesgo.
... y hacen más difíciles otros, negativos también en términos de salud.

Acceder a las curas



- **Escenario actual:** también la sanidad pública en Italia está sufriendo tensiones constantes, convirtiéndose en un punto y lugar de encuentro y desencuentro entre lógicas éticas, de mercado, burocráticas y profesionales.
- **Perspectivas:** desarrollo e implementación de la **eHealth** = informatización y digitalización en el campo sanitario (ej. fascículo sanitario, receta electrónica, ...).
- **Diversificación de roles** para quien debe afrontar cuestiones o problemas que se refieren a la esfera de la salud y se encuentren más o menos a sabiendas y libremente a ser: * **consumidor de farmacos** y * **usuarios**.
❖❖❖ Pero, como no tienen menos necesidad de tiempo y atención, de estabilidad y constancia en el tratamiento, y de un clima de confianza, son también y todavía * **pacientes** y en los casos más graves * **personas asistidas**.

Importancia de la relación médico-paciente



Si por un lado la posibilidad de disponer de medios de comunicación siempre más capilares y potentes ha hecho a los ciudadanos-pacientes más **informados y participantes activos** en los procesos de anamnesis, por otro lado tal proceso les ha expuesto a un **doble riesgo**:

- las nuevas necesidades y dependencias generadas por las estrategias de marketing bien planificadas.
- las incertezas de una enorme y no siempre clara cantidad de datos para saber leer y seleccionar

Nudo principal

la relación médico-paciente (dispensadores-solicitantes)

interacción situada en dimensiones típicamente humanas, principalmente en la modalidad de *cara a cara* y marcada por el contacto directo

=

dinámica caracterizada irremediablemente por la imprevedibilidad, menos aséptica, menos limpia, menos planificable que el intercambio informatizado.

Resultados



El análisis de los textos coleccionados han llevado a individuar un perfil singular de *solicitante informado e informatizado pero condicionado todavía por formas y fórmulas de contacto, reserva y acceso tradicionales*:

Internet lo usa por ejemplo? Soy capaz de entrar [...] Pero como mucho voy a buscar un autor. Se lo he dicho ya, yo tengo la manía de los libros! Por eso: voy dentro, escribo el nombre, todas estas cosas ... y basta! SRG_M1_7075

Internet se lo he dado a mi hijo, yo no quiero saber nada. Yo, con los juegos tengo suficiente, para volver a ser niño ... SRG_M3_7075

El ordenador pensaba comprarlo. Por ahora no lo tengo, pero quería comprarlo ... SRG_F3_6065

Tengo que decir que durante la enfermedad no he encontrado grandes dificultades: un poco porque he encontrado algunos médicos especialmente capaces [...], personas que no han pasado de mí! Esto ha sido positivo. Y además me han dado la información justa rápidamente... Para encontrar información sobre estas cosas he utilizado incluso internet, o ha preguntado...? Algunas cosas mi hija las ha mirado, pero así... El médico de familia [...] Yo tengo un médico muy atento, [...] muy decidido. SRG_M2_6065

El ordenador... comencé con el Vic 20, los primeros que vinieron en el 85 [...] Después, sin embargo no lo tengo. Lo tiene todo mi sobrino: el ordenador, la adsl... Yo no entiendo nada! SRG_M5_6065

Encuentro que a veces es difícil entender sobre todo quien no es un enfermo crónico porque dan por descontado que tienes que saber, tienes que hacer la reserva así, debes hacer... Pero una vez que entras en el mecanismo... MSCC_F2_6065

...

Nuovos perfiles de “solicitantes”



El grupo de *edad de 60 a 65* se descubre en particular como *usuario 2.0 a trocha estrecha*: una generación a “mitad de camino”, que en el pasaje del no digital al digital es consciente de los cambios y de las transformaciones en curso, y frecuentemente posee las competencias suficientes para tener acceso a ellas; pero que por socialización originaria e imperante es más propensa y se encuentra más “cómodo” confiando en el procedimiento burocrático y en figuras tradicionales y/o ya identificadas.

En este escenario *la relación con el médico de familia es crucial*: tanto por las acciones de *delega* pendientes como por las inéditas prerrogativas de *dirección, conducción y acompañamiento* hacia los *nuevos procesos* de prevención y cura.