

Abandono de la atención odontológica en programas sociales desde la perspectiva de participantes y operadores sociales: el caso Uruguay Trabaja

Dental treatment dropout in social programs from the perspective of participants and social operators: the Uruguay Trabaja case (abstract: p. 15)

Abandono à assistência odontológica em programas sociais na perspectiva de participantes e especialistas sociais: o caso do Uruguay Trabaja (resumo: p. 15)

Silvana Blanco^(a)

<silvanaodontologia@gmail.com> 

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi^(b)

<ramona.fernanda@ufrgs.br> 

Carolina González Laurino^(c)

<carolsoc@gmail.com> 

Claides Abegg^(d)

<claides.abegg@gmail.com> 

^(a) Cátedra de Odontología Social, Facultad de Odontología, Universidad de la República. Gral Las Heras, 1925. Montevideo, Uruguay.

^(b) Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Odontologia (FO), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

^(c) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

^(d) Departamento de Odontologia Preventiva e Social, FO, UFRGS. Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Uruguay Trabaja (UT) es un programa socio-laboral de integración social para adultos desempleados pertenecientes a hogares en situación de vulnerabilidad socio-económica. Durante nueve meses reciben acompañamiento de expertos de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) pudiendo recibir una asistencia odontológica no disponible usualmente en el Sistema de Salud del país. La tercera parte de los beneficiarios de UT inicia el tratamiento y lo abandona. El fenómeno del abandono al tratamiento odontológico fue estudiado a partir del análisis de contenido de entrevistas a participantes y expertos de las OSC. Basados en los conceptos de *habitus* de Bourdieu y de individualización de las protecciones de Castel, la complejidad de la vida cotidiana; ausencia de vínculo dentistas-participantes y el escaso tiempo de acompañamiento para sostener los procesos de socialización, son aspectos a considerar para comprender los abandonos de este derecho transitorio a la asistencia.

Palabras clave: Atención odontológica. Política pública. Poblaciones vulnerables. Pacientes desistentes del tratamiento. Investigación cualitativa.

Introducción

En el año 2008, Uruguay implementa el Plan de Equidad con el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, especialmente de aquellos en situación de vulnerabilidad socioeconómica^{1,2}.

El Plan de equidad tejió una red de asistencia e inserción social definiendo políticas asociadas al trabajo protegido, entre ellas el Programa Uruguay Trabaja (UT), que buscó contribuir a la integración social a través de estrategias socio-educativas y de mejora del nivel de empleabilidad³. Es un programa acotado en el tiempo (nueve meses) dirigido a personas mayores de 18 años desocupadas de larga data, que no han completado la enseñanza básica secundaria y pertenecen a hogares en situación de extrema pobreza medida a través del índice de carencias críticas⁴. Los participantes realizan 30 horas de actividades laborales temporarias con valor social y de capacitación, recibiendo mensualmente un monto aproximado de US\$ 222.

Fue definida la incorporación de la atención odontológica en el programa por su posible impacto en la superación de las barreras para la inclusión de las personas en el mercado laboral, tema en el no se disponen de evidencias suficientes^{5,6}. La asistencia a la salud bucal es más amplia que la propuesta por el programa integral de prestaciones (PIAS) para los adultos usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud⁷. Los participantes reciben el acompañamiento social de referentes de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que operacionalizan la política, gestionan el acceso de los participantes a los beneficios del programa y son el nexo con los odontólogos.

La atención odontológica puede ser brindada en servicios municipales de salud de Montevideo próximos a los hogares o lugares de trabajo. La atención semanal fuera del horario de trabajo no tiene costo directo para el usuario, es financiada por el Ministerio de Desarrollo Social a través de cápitras y se realiza durante la edición anual del programa.

A pesar de que el programa ofrece la oportunidad de una oferta de servicios odontológicos diferenciada, un 30% de las personas abandonan el tratamiento odontológico⁸.

Diferentes autores en la literatura buscan explicar los motivos del abandono al tratamiento odontológico: situaciones personales (familia, embarazo, enfermedades)^{9,10}; olvido de las consultas¹¹⁻¹³; tiempo (duración del tratamiento, traslado, coincidencia con horario de trabajo)¹⁴⁻¹⁶; miedo, experiencias frustrantes previas, mal relacionamiento con profesionales^{17,18}; organización de los servicios^{19,20}; costos²¹⁻²³ pero no el fenómeno del abandono como práctica social contextualizada.

Entendiendo la importancia de la atención odontológica para la integración social de los participantes, el objetivo de este estudio fue analizar el fenómeno del abandono al tratamiento odontológico de los individuos que participaron UT Montevideo – ediciones 2010-2012, desde la perspectiva de sus referentes y participantes.

El fenómeno del abandono será analizado a partir de los aportes teóricos del estructuralismo constructivista de Bourdieu particularmente el concepto de *habitus*; enmarcados en una mirada comprensiva del mundo social. Los protagonistas de UT como agentes sociales ocupan posiciones (en función de los capitales disponibles) en el sistema de relaciones del mundo social. Los protagonistas desarrollan prácticas en relación a la salud bucal y su asistencia, que son historia vivida e incorporada de las condiciones de su existencia. El concepto de *habitus* permite pensar hasta qué punto

nuevas prácticas asistenciales pueden ser incorporadas como estrategias de acción por los participantes de UT durante el programa^{24,25}.

También se utilizan aportes teóricos de Castel, relacionados a la individualización de las protecciones sociales desarrolladas en Francia por los organismos internacionales y luego replicadas en América Latina, a través de programas focalizados temporales con objetivos de inserción social²⁶⁻²⁸.

Metodología

El presente trabajo asume la modalidad de estudio de caso, con abordaje cualitativo, cuyo objeto de investigación es el programa de atención odontológica de UT realizado en policlínicas municipales.

La recolección de datos fue desarrollada en dos momentos: 1. Identificación del universo de personas que abandonaron la atención odontológica a partir de los informes de los profesionales tratantes y las OSC que participaron durante el periodo de estudio (2010-2012) y 2. Realización de entrevistas a participantes y referentes.

Para seleccionar los participantes a entrevistar se elaboró un banco de datos de las personas (n=693) que pertenecieron a las ediciones 2010-2012 de UT. De ese banco de datos se seleccionaron las personas que abandonaron (n=340). Dado que las ediciones del programa se desarrollan anualmente, se conceptualizó la 'situación de abandono' cuando una persona recibió asistencia por lo menos una vez y no continuó el tratamiento hasta el inicio del próximo grupo. La selección de la muestra de los entrevistados se realizó por sorteo a partir del banco de datos de abandonos identificando un 'caso típico' caracterizado por pertenecer a cualquiera de las ediciones del programa, ser mujer y del tramo de mayor edad.

Para las OSC se recolectaron las que habían participado en UT, seleccionando los referentes que debían haber realizado el acompañamiento de protagonistas en por lo menos una de las ediciones del programa (n=27).

Las entrevistas fueron realizadas por un único investigador, siguiendo una pauta pre-testada (Cuadro 1).

Cuadro 1. Tópicos y dimensiones de las pautas de entrevista de participantes de UT y referentes de OSC.

Entrevistados	Tópicos	Dimensiones
Participantes	Perfil de los participantes	Sexo, edad, nivel educativo, año de ingreso a UT
	Experiencias recientes en relación a la salud bucal	Sentimientos en relación a boca, relato última experiencia asistencial Posibilidades de cuidado
	Primeras experiencias en relación a la salud bucal	Cuidados familiares, primeras consultas odontológicas, sentimientos al ir al dentista
	Percepciones del Programa Bucal en UT	Importancia da asistencia odontológica Relacionamiento con el odontólogo Abandono de la asistencia que necesita actualmente
Referentes	Percepciones del Programa Bucal en UT	Importancia de la asistencia odontológica Trabajo con los participantes sobre salud bucal Abandono de la asistencia Propuestas

Durante las entrevistas se realizó una escucha activa y metódica²⁹. Se realizaron diez entrevistas con los participantes (ocho en sus domicilios y dos en salas privadas de los servicios de salud). Las entrevistas con diecisiete referentes fueron realizadas una en los servicios de salud y el resto en las instituciones donde los referentes trabajan.

El tamaño de las muestras fue definido por el criterio de saturación, cuando los contenidos narrativos de los sujetos poco acrecientan a los objetivos propuestos en la investigación y se tornan repetitivos³⁰.

A partir de las comunicaciones registradas se realizó la lectura sistemática, repetida, exhaustiva y fluctuante de los contenidos de las entrevistas de los participantes y de los referentes y un análisis de contenido basado en Bardin, que incluyó las etapas de pre-análisis, exploración del material, tratamiento de resultados e interpretación³¹.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (091900/000270/10) y por la Comissão de Pesquisa de la Faculdade de Odontologia (COMPESQ/FO) de la Universidade Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resultados y discusión

Del análisis de las entrevistas se organizaron tres categorías emergentes para comprender el fenómeno del abandono (Cuadro 2).

Cuadro 2. Expresión de la categoría.

Categorías	Expresión de la categoría	Descripción de la categoría
Abandono del tratamiento asociado a las características del UT	Se relaciona con las dificultades que representa enfrentarse a la propuesta y organización del programa incorporando la asistencia odontológica	Dificultades en la organización de un nuevo proyecto de vida que incluya el trabajo, la capacitación y la asistencia odontológica. Dificultades referidas a la duración del programa
Abandono del tratamiento asociado a las características de los odontólogos	Se relaciona con la dinámica y capacidad de cuidado	Dificultad para el servicio para incluir una práctica con perfil de discriminación positiva Relación profesional-paciente Dificultades para respetar la autonomía del paciente
Abandono del tratamiento asociado al proceso de socialización	Se relaciona con el proceso de socialización en condiciones de extrema pobreza	Dificultad referida a la historia asistencial odontológica Dificultad para conciliar la construcción del valor de la salud bucal y la oportunidad de la asistencia en el programa

El abandono del tratamiento asociado al Programa UT

UT es un programa exigente. Durante 9 meses los protagonistas deben reorganizar su vida cotidiana incorporando jornadas de trabajo de 6 horas más la atención odontológica. Las participantes en su mayoría mujeres (70%) son responsables por el cuidado de sus familias. El cuidado familiar es una actividad esencialmente femenina no remunerada (14 horas semanales para el cuidado infantil). Esto tiene consecuencias de género relevantes, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, ellas deben o excluirse del mercado laboral o enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo³²⁻³⁴.

Las tareas familiares ocasionan faltas a la atención odontológica. El abandono es un proceso que se delinea a partir de las faltas repetidas y una de las tareas de los referentes es estar atentos a sus motivos.

“Las inasistencias se abordan, se... se establecen estrategias... llegamos a ir a la casa... hay procesos de vida familiar muy complejos, situaciones de violencia, situaciones de organizaciones familiares sumamente desbordadas por la presencia de niños, de personas discapacitadas.” (R10)

El trabajo informal para acrecentar el ingreso familiar cuando existe debe inscribirse en el tiempo “libre” de las personas. “[...] Coincidió a veces los días que tenía dentista con los días que me tocaba libre en mi trabajo” (P6).

El programa impone una nueva organización del tiempo–pivote que representa el trabajo a cuyos “...requerimientos y prioridades temporales se sacrifican el resto de las actividades sociales”³⁵ (p. 11). Dada la situación clínica de las bocas el promedio de consultas es de 12 sesiones por participante; la “atención odontológica programada” obliga a compromisos a largo plazo, confirmando la necesidad de superar las estrategias de sobrevivencia del día a día³⁶.

En el transcurso del programa los referentes en talleres de búsqueda de empleo señalan la importancia de la atención odontológica para la mejora de la empleabilidad.

“[...] abrir realmente las posibilidades de empleabilidad de esta gente y prácticamente sabemos que no hay, un solo trabajo en este momento, ni siquiera el más extraoficial trabajo doméstico, en que te acepten si tú tenés la boca deteriorada.” (R13)

Incluir la asistencia en los proyectos de vida que se promueven, no es sencillo. A veces el tiempo disponible para desplegar los procesos de reflexión y de creación de hábitos y competencias, de socialización secundaria o “asocial sociabilidad” como la denomina Castel (configuraciones relacionales “más o menos evanescentes” que se inscriben de forma intermitente o temporal en las instituciones y que colocan a los sujetos que las viven en “situación de ingravidez”) no son suficientes²⁸. A veces las personas acaban incorporándolos cuando el programa ya finalizó.

“[...] hay un tiempo de 9 meses (de duración del programa), pero los tiempos y los procesos de cada persona, no pasan por los 8 meses. Nosotros acá tenemos gente que deberíamos tenerla no sabemos cuánto tiempo más... ¡pero es poco!” (R4)

El abandono asociado a los odontólogos

Una vez en los servicios, se pone en juego el relacionamiento paciente-profesional. El vínculo previo ha sido frecuentemente puntual para alivio del dolor o de diagnóstico para el carné de salud obligatorio, evidenciando el poder de la profesión para decidir aspectos de la inserción laboral, pero no para dar solución a los problemas que se detectan.

“El carné de salud.... por eso el dentista es el que decide todo. Porque el dentista no te exige que tengas los dientes puestos, sino que tengas limpia la boca si tenés los dientes o no, no importa y nada más....” (P1)

En Uruguay exige que la boca “esté limpia” (como criterio de normalidad) para obtener tener el carné de salud por dos años (Ley 9696, Decreto 651/90). Cuando no se accede a una restauración, la solución para limpiar la boca es la extracción. El propio modelo de atención genera una mutilación que no repara. El odontólogo investido como árbitro de la salud de la clase trabajadora a partir de su saber calificado, construye un poder concreto sobre la vida de las personas ordenando lo que deben hacer como parte de los procesos de medicalización de la sociedad moderna en la que el Estado “ve, anuncia, pero no interviene”³⁷⁻³⁹. En un sentido amplio se entiende por medicalización de la vida social la ampliación del dominio en que la medicina pasa a intervenir y que en el pasado exhibía un grado de exterioridad respecto de su injerencia^{40,41}. La odontología (como parte de la medicina) se constituye también entonces en una estrategia biopolítica del estado moderno⁴².

Si bien el odontólogo en UT suspende su rol tradicional de exclusivo alivio del dolor y mutilación, la nueva situación carga con los prejuicios de los participantes y los profesionales en la consulta. Entre quienes abandonaron, se manifiesta desconfianza del profesional cuando es joven por no tener suficiente experiencia, o cuando es mujer por no tener suficiente fuerza.

“Nosotros a la dentista la habíamos conocido porque la llevaron a presentarla. Nos sentimos un poco raros, porque era tan Jovencita ¡29 años! [...] mujer, yo lo primero que se me vino a la mente, fue de que si me tengo que sacar una muela y no le da la fuerza... me desarma...” (P2)

El rol profesional se sostiene en la confianza de los pacientes y aunque la “fiabilidad” se otorgue al sistema abstracto de la atención odontológica, son los individuos de carne-y-hueso que los representan, potencialmente falibles, los que operan en él y en los que es necesario confiar⁴³.

Por su parte la mujer-odontóloga carga con los prejuicios de género derivados de los resabios de una práctica clínica centrada en las extracciones para los adultos realizada por un hombre-odontólogo y sustentada en la fuerza (atributo tradicionalmente masculino). Al ser la práctica clínica más conservadora y la fuerza laboral mayormente femenina se podrían estar generando transformaciones en el ejercicio y en las representaciones sociales profesionales no suficientemente estudiadas^{44,45}.

Desde los odontólogos se presentan prejuicios en la asistencia relacionados con la situación social de los participantes. Una referente plantea... hay como “encubierta” una situación de prejuicio, “llegas en este estado y ...ahora estás preocupado porque te atienda” (R10).

La actitud moralizante puede ser una expresión de la autoridad del poder profesional que algunos odontólogos pueden sentir cuando tratan en particular a las poblaciones más pobres. Esta se expresa como corrección de conductas desviadas del valor central de la salud y descansa en la legitimidad social de su accionar en tanto profesional de la salud⁴⁶.

Cuando los dentistas entienden la pobreza como una característica individual de la cual las personas son responsables, y no desde una perspectiva estructural, tienen menos empatía con los pacientes⁴⁷. La asistencia a áreas pobres para los odontólogos puede ser vivida con altos niveles de frustración e impotencia porque hay prestaciones no previstas por el sistema, porque no son lucrativas o por las dificultades organizativas por las faltas de los pacientes⁴⁸, pudiendo generar una asistencia de menor calidad^{49,50} o, incluso, estrategias de exclusión⁵¹.

Los protagonistas traen explicaciones del mundo y saberes que constituyen las bases con las que orientan sus expectativas que pueden ser diferentes de las que proponen los profesionales, sobre todo, desde posturas más normativas.

“[...] que el dentista sea amable, paciente. Porque hay dentistas, que de repente, ni te hablan... más como las cosas son así, así y así, como se debe ser ¿no? No me dijo nada fuera de lugar, pero como que no...no se explicarte...” (P2)

El nuevo rol exige de los profesionales vocación de cuidado y de escucha, fortaleciendo las tecnologías leves de la gestión de los servicios de salud⁵²⁻⁵⁵. El buen relacionamiento con los profesionales es muy importante para los participantes; recibir órdenes, no ser reconocidos o escuchados, genera limitaciones para establecer un vínculo que facilite la continuidad de la asistencia.

Muchas veces la estrategia para enfrentar la situación es el apoyo del compañero de grupo que ofrece la contención para sostener una experiencia desconocida. “Pero ta, estaba bueno, porque si estás esperando, la espera con un compañero se hace más... llevadera” (P9).

Estas actitudes contribuyen a desarrollar formas de reconocimiento y orgullo mutuo que potencian la solidaridad del grupo⁵⁶.

El diálogo es necesario para acordar el plan de tratamiento y la agenda. Los participantes deben tener la posibilidad de plantear lo que consideran mejor para sus vidas, por ejemplo, cuando el paciente quiere que se le haga una extracción y el odontólogo no, o viceversa.

“... yo tenía tres (dientes), ... yo me pongo con los ganchos (ya este colmillo está medio careado), va a llegar un momento que, ¿en qué me lo agarro? Después pasa un año o dos y quedo sin dientes de nuevo. Y ese era un motivo por el cual renuncié...” (P5)

“... él (odontólogo) me dijo que me quería sacar una muela que está sana, pero que era mejor que me la sacara, pero yo le dije que si está sana me la quiero dejar, y me dijo -pensalo, y después ves... y ta; y después ya no vine más... Pero yo digo si está sana ¿para qué me la van a sacar? Porque de repente capaz que yo no me acostumbro a comer con los dientes postizos y, por lo menos así, me queda algo para poder comer [Sonríe].” (P1)

Los textos de los participantes reflejan la tensión resultante del encuentro entre el saber profesional y la libertad del paciente. Es necesario superar el modelo paternalista por un modelo deliberativo ya consagrado por la legislación uruguaya, que ubica al

paciente como un agente con derechos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen^{57,58}.

El modelo de la medicalización produce una conversión del problema sanitario en uno estrictamente político relacionado con la higiene pública a través de la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, como control social de la desviación. “La medicina” [y en este caso la odontología] aparece “como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias”⁵⁹ (p. 28) que no se relacionan directamente con la enfermedad y su proceso de curación ni de gestión de la dolencia. De acuerdo con Menéndez⁶⁰, “el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas formas de comportamiento social” (p. 165). Este fenómeno, generó “una escisión entre el saber médico y el saber popular”, que legitima el control sanitario⁵⁹ (p. 28).

Este encuentro entre odontólogos y pacientes puede ser una oportunidad para desarrollar un proceso de trabajo profesional “vivo” (creativo e innovador) que supere las formas de trabajo orientadas exclusivamente por una gestión productiva y mecanicista^{61,62}.

El abandono del tratamiento asociado al proceso de socialización

El cotidiano de los participantes y el desencuentro con los profesionales puede ir activando un proceso de alejamiento de los servicios odontológicos que los participantes denominan “dejarse estar” (P5). Consultados reconocen que el cuidado de la salud bucal no era una prioridad durante su infancia.

“Sí fui, de chico (al dentista la primera vez). Tendría 10 años, 9 años, me hice una extracción... Mi mamá tenía 40 años y recién empezó a ir al dentista.” (P10)

Hay evidencias de que la infancia temprana es un período sensible y que influencia las trayectorias de salud a lo largo de la vida⁶³⁻⁶⁵.

Durante el proceso de “socialización primaria” la familia como grupo significativo que mediatiza el mundo social tanto desde punto de vista cognoscitivo como emocional, orienta actitudes – entre ellas las referidas a la salud bucal – que construirán por reflejo la identidad de ese individuo³⁶.

Los participantes reconocen cómo el deterioro de sus bocas puede interferir en su relacionamiento con otros, siendo necesario diferenciar “cuales otros”. Los referentes alertan que en el medio más próximo donde los participantes se mueven, e incluso en los trabajos informales que pueden conseguir, la salud bucal no representa un problema para la persona, ya que el proceso de socialización primaria se da no solo desde la perspectiva familiar con una “coloración idiosincrática”, sino desde una perspectiva más amplia de la clase a la que la familia pertenece³⁶. Con “ciertos otros” maestros, técnicos, personas de círculos sociales menos próximos, la apariencia puede ser percibida como una carencia o limitación al intercambio. A decir de los referentes hay que trabajar esta dualidad “y hay que explicitarlo” (R2).

“¡Sí, para todo! Para hablar con las personas, para ir a hablar con una maestra, con una profesora... como que me da vergüenza.” (P5)

Es como parte de los procesos de socialización secundaria donde se van produciendo y reproduciendo nuevas actitudes. Ese proceso de internalización de nuevos submundos institucionales lleva a una apertura respecto al mundo familiar, aunque se necesitarán fuertes impactos biográficos para poder desintegrar la realidad internalizada en la infancia³⁶. En el mundo institucional presentado por los referentes, la salud bucal puede cobrar nuevos significados y producirse un deslizamiento y un compromiso con esta realidad incorporando nuevas actitudes.

En el espacio social más amplio las condiciones de salud bucal hacen que los protagonistas muchas veces no sonrían o se oculten y deban manejar la tensión que se genera en los contactos sociales evitando ser desacreditados. El descubrimiento o su posibilidad los desaniman.

“Yo no me río más (Risas)... en las fotos salgo en todas las fotos sería porque... es... horrible..., si me río o algo me dicen “ah te faltan dientes”. Y ahí como que ya me da tremendo bajón.” (P9)

En diferentes espacios sociales puede surgir la estigmatización. Las personas que saben que pueden estar sujetas a un descrédito posterior, tratan de ocultar aquello que desacredita su propia imagen en la vida pública (encubrimiento) e internamente se sienten marcados y avergonzados por esos estereotipos⁶⁶.

El cuerpo marcado por el estado de la boca, ubica a las personas en la jerarquía de clases siendo una señal de su status, tal vez el más íntimo - que no puede disociarse de la persona que lo habita⁶⁷ y a decir de los referentes “reflejan lo que la vida ha sido con ellos” (R14).

Esa historia hecha cuerpo constituye el *habitus*, definido por Bourdieu²⁴ como matriz de la forma de percibir el mundo y que condiciona el repertorio de las prácticas del individuo y puede explicar las conductas de los participantes del UT en relación a sus posibilidades de atenderse y sostener la atención odontológica.

La boca, como una encrucijada física del cuerpo, produce y reproduce prácticas, combinando funciones y formas en la alimentación (qué comer y beber, la forma de comer, el tiempo para comer), en la estética (gustos, sabores, belleza) en la expresión de afectos (sonreír, besar), en la higiene y en su cuidado⁶⁸. Las formas de consumo diferenciadas (en materia de higiene o cuidados personales) a partir de la posición en el espacio económico ajustan las aspiraciones a las oportunidades objetivas, con la convicción de no tener más de aquello que merecen²⁹.

Existen prácticas impensables, como excluidas de su vida.

“Claro, lo que pasa es que nunca hubo nadie que te ponga los dientes gratis, eso no existía, tenías que tener la plata y no la tenía, y no es tan barato tampoco, entonces yo ya sabía que no iba a ponerme.” (P1)

El *habitus* tiende a garantizar la conformidad con las prácticas que viven habitualmente. Esta historia incorporada a partir de la cual se producen prácticas razonables, dan persistencia y previsibilidad a la vida social, lo que podría explicar el no movilizarse por algo que consideran que no les pertenece. Por ejemplo, las consultas de

control en salud, que aparecen solo como una norma que hay que cumplir emanada del discurso profesional.

“Ella (su hija) me preguntó, por qué si los hijos de los patrones tenían todos los dientes bien, blanquitos y todo, van al dentista. Y sí, porque hay que ir cada un año creo que es, no sé, yo sabía todo, pero yo no iba, es culpa mía.” (P1)

De acuerdo con Boltanski⁶⁷ los miembros de las clases populares no prestan atención a su cuerpo y le piden principalmente que funcione. Para las clases superiores la enfermedad se inscribe en el tiempo y pueden adoptar una actitud de previsión, estando dispuestos a someterse a reglas que busquen preservarlos de la enfermedad. En las clases populares el manejo del tiempo en la inmediatez puede llevar a que los “remedios enérgicos” como la extracción dentaria, (tal vez dolorosa, pero inmediatamente atenuante del sufrimiento) pueda ser la solución a sus problemas. La idea de prevención, en definitiva, se basa en una problematización del futuro (noción de riesgo) que no condice con la inmediatez de sus vidas⁶⁹.

Sin embargo, el *habitus* a pesar de estar condicionado socialmente, no es inmutable, sino un sistema abierto de disposiciones que puede ser afectado por nuevas experiencias. El encuentro con otros campos sociales genera un sentido práctico que, como estrategia, permite adaptarse a partir de la creatividad personal a nuevas experiencias. Una de esas experiencias es el pasaje por los grupos de UT.

Consideraciones finales

El fenómeno del abandono es analizado en el contexto del programa UT. En este contexto algunas personas logran llegar al alta odontológica y otras no lo logran.

Debemos reconocer que se pide mucho en un período de nueve meses. Que los logros se obtengan durante el transcurso del acompañamiento de las OSC es básico, porque UT en odontología genera unas competencias que son básicamente válidas durante el transcurso del programa. Antes de UT, las personas no las desarrollaron no por negligencia, sino porque esa asistencia no estaba disponible; y una vez finalizada la política esas competencias nuevamente desaparecerán en el marco de la asistencia universal prevista en el sector público.

Las nuevas circunstancias a las que el programa expone permiten a algunos protagonistas modificar sus prácticas en salud bucal a partir de un trabajo de reflexión sobre sí mismos, vivido junto a la compañía y reconocimiento de los integrantes y los referentes del grupo.

La asistencia es una oportunidad. Pero hay momentos en que las personas no pueden aprovechar las oportunidades, porque como quedara manifestado en las entrevistas hay otras prioridades más urgentes como la supervivencia de la familia y los hijos, las vidas están complicadas, el vínculo que se establece con los odontólogos es débil o la adaptación al proceso del programa no es suficiente frente al peso de la historia y el presente de la pobreza. Y así parte de esta población, la más vulnerable, la inempleable, sujeta a protecciones individualizadas, más que abandonar la asistencia

o abandonarse, queda, una vez finalizado el programa abandonada por el Estado sin protección social.

Los participantes acceden, en un programa que pretende un abordaje de derechos, a un derecho transitorio de asistencia. Para que los participantes sean realmente titulares de derecho debería generarse un mecanismo que garantice una vez finalizado el programa asistencial de empleo promovido, un tránsito, un puente hacia una atención odontológica en el sector salud que les brinde prestaciones integrales y con la amplitud necesaria para respetar ese derecho que hoy no integra la política universal del Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que a odontología se refiere.

La integración social es más que coordinación y articulación de recursos, supone cambios y transformaciones de las políticas públicas y estructuras del sistema, en particular del sistema de salud.

La matriz universal de la salud debe recibir a las personas que finalizan el tránsito por los programas sociales, tramitar y dar respuesta en cantidad y calidad a sus necesidades en salud bucal. Es este uno de los problemas político-asistenciales que este trabajo señala que debe ser resuelto por el Estado.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Referencias

1. Presidencia de la Republica. Plan de equidad [Internet]. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social; 2008 [citado 3 Feb 2019]. Disponible: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf.
2. Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo. División Evaluación. Programa Uruguay Trabaja. Edición 2009. Resultados Evaluación. Informe Final. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social; 2011.
3. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Uruguay Trabaja, dirección de trabajo ciudadano. Montevideo: Publicación MIDES; 2009.
4. Amarante V, Arim R, Vigorito A. Metodología para la selección de participantes en el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social; 2005.
5. Shingal S, Correa R, Quiñonez C. The impact of dental treatment on employment outcomes: a systematic review. *Health Pol.* 2013; 109:88-96.



6. Singhal S, Mamdani M, Mitchell A, Tenenbaum H, Quiñonez C. An exploratory pilot study to assess self-perceived changes among social assistance recipients regarding employment prospects after receiving dental treatment. *BMC Oral Health*. 2015; 15:138.
7. Intendencia de Montevideo. Programa de Salud Bucal. Acuerdos de trabajo Programa Uruguay Trabaja. Montevideo; 2012.
8. Blanco S. Motivos de abandono ao tratamento odontológico nos indivíduos que participam do programa “Uruguay Trabaja”, Montevideu, 2008-2012 [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
9. Curtis B, Evans RW, Sbaraini A, Schwarz E. Geographic location and indirect costs as a barrier to dental treatment: a patient perspective. *Aust Dent J*. 2007; 52(4):271-5.
10. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci*. 2000; 108(3):175-83.
11. Ferreira MB, Lopez AC, Lion MT, Lima DC, Nogueira DA, Pereira AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia saúde da família. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2016; 14(1):411-9.
12. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil socioeconômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto /SP. *Cienc Odontol Bras*. 2009; 12(1):77-86.
13. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa - PB. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011; 15(3):309-18.
14. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(2):449-60.
15. Lahti S, Hausen HW, Vaskilampi T. The perceptions of users about barriers to use of free systematic oral care among Finish pre-school children – a qualitative study. *Acta Odontol Scand*. 1999; 57(3):139-43.
16. Rocha C, Bercht S. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2000; 42(2):25-31.
17. Albuquerque O, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):789-96.
18. Bedos C, Brodeur JM, Levine A, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med*. 2003; 57(11):2089-99.
19. Marshman Z, Porritt J, Dyer T, Wyborn C, Godson J, Baker S. What influences the use of dental services by adults in the UK? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40(4):306-14.
20. Daly B, Newton TJ, Batchelor P. Patterns of dental service use among homeless people using a targeted service. *J Public Health Dent*. 2010; 70(1):45-51.
21. Molarius A, Engström S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*. 2014; 14:134.



22. Locker D, Maggiras J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *J Public Health Dent.* 2011; 71(4):327-34.
23. Roberts-Thompson KF, Stewart J, Giang Do L. A longitudinal study of the relative importance of factors related to use of services among young adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39(3):268-75.
24. Bourdieu P. *Cosas dichas.* Barcelona: Gedisa; 1993.
25. Bourdieu P. *El sentido práctico.* Madrid: Taurus; 1980.
26. Castel R. *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2010.
27. Castel R. *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantiales; 2004.
28. Castel R. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado.* Buenos Aires: Paidós; 1997.
29. Bourdieu P. *La miseria del mundo.* Buenos Aires: FCE; 1999.
30. Turato ER. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* 3a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
31. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
32. Aguirre R. *El futuro del cuidado.* In: Arriagada I, editor. *Futuro de las familias y desafíos para las políticas.* Santiago de Chile: NU-Cepal; 2008.
33. Batthyány K, Genta N, Perotta V. *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay.* Santiago de Chile: CEPAL; 2015. (Serie Asuntos de Género n° 127).
34. Batthyány K. *Género, cuidados familiares y uso del tiempo* [Internet]. Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; 2013 [citado 3 Feb 2019]. p. 177-98. Disponible: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/Karina%20Batthy%C3%A1ny%20G%C3%A9nero,%20cuidados%20familiares%20y%20uso%20del%20tiempo.pdf>.
35. Torre RR. *Discursos sociales del tiempo* [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003 [citado 3 Feb 2019]. Disponible: <http://www.ucm.es/data/cont/docs/183-2013-05-10-Ram%C3%B3n%20Ramos%20Torre.pdf>
36. Berger P, Luckmann T. *La construcción social de la realidad.* Madrid: Amorrortu Ediciones; 2011.
37. Foucault M. *Historia de la medicalización.* *Educación Médica y Salud.* 1977; 11(1):3-25.
38. Foucault M. *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina.* *Educ Med Salud.* 1976; 10(2):152-69.
39. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* Perujo F, traductor. 3a ed. México: Editorial Siglo XXI; 1989.
40. Mitjavila M. *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización.* *Cuad CLAEH.* 1992; (62):37-45.
41. Portillo J. *La medicina: el imperio de lo efímero.* In: Portillo J, Rodríguez J. *La medicalización de la sociedad.* Montevideo: Nordan editorial; 1993. p. 17-36.



42. Murguia A, Ordorika T, Lendo LF. The study of processes of medicalization in Latin America. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016; 23(3):635-51.
43. Saliba NA, Nayme JGR, Moymaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5):317-23.
44. Inglehart MR. Interactions between patients and dental care providers: does gender matter? *Dent Clin North Am*. 2013; 57(2):357-70.
45. Mackay JC, Quiñonez CR. The feminization of dentistry: implications for the profession. *J Can Dent Assoc*. 2012; 78:1-7.
46. Mitjavila M. El saber médico y la medicalización del espacio social. Montevideo: Universidad de la República; 1998.
47. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C. How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. *J Dent Educ*. 2012; 76(5):545-52.
48. Bedos C, Loignon C, Landry A, Richard L, Allison PJ. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14:1-9.
49. Harris RV. Do poor areas get the services they deserve? The role of dental services in structural inequalities in oral health. *Community Dent Health*. 2016; 33(2):164-7.
50. Pourat N, Andersen RM, Marcus M. Assessing the contribution of the dental care delivery system to oral health care disparities. *J Public Helth Dent*. 2015; 75(1):1-9.
51. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. Dentist experience benefiting from a public insurance program. *Eur J Oral Sci*. 2009; 117(4):398-406.
52. Costa CB. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: avanços e desafios na produção do cuidado odontológico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
53. Pinheiro PM, Oliveira LCD. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):185-98.
54. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colect*. 2011; 7(1):9-20.
55. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(1):45-51.
56. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Grijalbo Mondadori; 1997.
57. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29(3):7-17.
58. Sáenz SJ. Perspectivas en la relación odontólogo-paciente: un vínculo entre personas. *Rev Fac Odontol Univ Nac Cuyo*. 2013; 7:2-18.
59. Ortega E. El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobattlista. Montevideo: Trilce; 2008.
60. Menéndez E. Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. *Rev Paraguaya Sociol*. 1984; 21(61):153-70.
61. Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial: formas de vida e subjetividade. Rio de Janeiro: DP & A; 2001.

62. Lazzarato M. Políticas del acontecimiento. Buenos Aires: Tinta Limón; 2006.
63. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral health over the life course. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D, organizadores. A life course perspective on health trajectories and transitions [Internet]. Cham: Springer; 2015 [citado 3 Feb 2019]. p. 39-59. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385369/>
64. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res*. 2011; 23(2):201-6.
65. Listl S, Watt RG, Tsakos G. Early life conditions, adverse life events, and chewing ability at middle and later adulthood. *Am J Public Health*. 2014; 104(5):55-61.
66. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
67. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 2a ed. Rio de Janeiro: Geral; 1984.
68. Bourdieu P. Respuestas: por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1995.
69. Bentura C. La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. *Rev Fronteras*. 2009; 5:21-34.

Uruguay Trabaja (UT) is a socio-labor integration program for unemployed adults belonging to households in socio-economic vulnerability. During nine months they receive support from experts from Civil Society Organizations (CSO), and are entitled to comprehensive dental care not routinely provided by the Health System of Uruguay. A third of beneficiaries of UT initiate the treatment, abandoning it afterwards. The phenomenon of dropping out dental treatment was studied based on the content analysis of interviews with participants and experts from CSOs. Based on the concepts of habitus de Bourdieu and Castel’s individualized protections, the complexity of everyday life; absence of dentist-participant bonding and the short time of accompaniment of UT to sustain the processes of socialization, are aspects to be considered in order to understand the abandonment of this transitory right to assistance.

Keywords: Dental care. Public policy. Vulnerable populations. Patient dropout. Qualitative research.

Uruguay Trabaja (UT) é um programa sociolaboral de integração social para adultos desempregados moradores de áreas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Durante nove meses, os participantes recebem acompanhamento social de especialistas vinculados às Organizações da Sociedade Civil (OSC), podendo receber assistência odontológica, a qual não é disponibilizada rotineiramente pelo Sistema de Saúde uruguaio. Um terço dos beneficiários do UT inicia o tratamento e o abandona. O fenômeno do abandono ao tratamento odontológico foi estudado a partir da análise de conteúdo de entrevistas dos participantes do UT e especialistas das OSC. Baseados nos conceitos de habitus de Bordieu e individualização das proteções de Castel, a complexidade da vida cotidiana, ausência de vínculo dentistas-participantes e o curto tempo de acompanhamento do Programa para sustentar processos de socialização, são aspectos a serem considerados na compreensão do abandono deste direito ocasional à assistência odontológica.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Política pública. Populações vulneráveis. Pacientes desistentes do tratamento. Pesquisa qualitativa.

Sometido el 21/09/18.

Aprobado el 01/02/19.