

# Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo

Oral health of persons deprived of liberty: a fair approach

Ánderson Rocha B<sup>1</sup>, Álvaro A. Patiño<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Coordinador del Sistema de Investigaciones del programa de odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. Correo electrónico: anderson.rocha@ucc.edu.co.

<sup>2</sup> Docente investigador del programa de derecho, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto.

Recibido: 24 de agosto de 2010. Aprobado: 25 de noviembre de 2010.

---

Rocha A, Patiño AA. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo. Medellín, 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 28(3): 294-300

---

## Resumen

El presente artículo pretende comprender el derecho a la salud bucal en personas privadas de la libertad. Este ensayo, desde la óptica de la calidad de vida como componente fundamental de la salud, se plantea el reto de la promoción de la salud bucal como un campo de acción política que debe comenzar con población vulnerable, la cual evidencia las consecuencias de la

exclusión social en Colombia. De acuerdo con lo anterior, cabe destacar que la perspectiva de la justicia social acentúa la salud en la distribución de las ventajas y los problemas comunes, es decir, la maximización de las expectativas de los menos favorecidos en la sociedad.

----- *Palabras clave:* derecho a la salud, reclusos, promoción de la salud, Colombia, salud bucal.

---

## Abstract

This article attempts to understand the right to oral health in people deprived of liberty. From the point of view of quality of life as a fundamental component of health, this paper takes the challenge of assuming oral health promotion as a field of political action which should begin with the vulnerable population,

becoming an evidence of the consequences of social exclusion in Colombia. According to this, the perspective of social justice emphasizes health when distributing common benefits and problems. In other words, it means the maximization of the prospects of the disadvantaged in society.

----- *Key words:* right to health, prisoners, health promotion, Colombia, oral health

## Introducción

Burt afirma en el libro *Dentistry, dental practice and the community (La odontología, la práctica dental y la comunidad)*, de 1992, que “el individuo es responsable de sus conductas de vida pero la sociedad es responsable de las condiciones de vida; es decir, que para conseguir la salud y garantizar el derecho a la misma son necesarias determinadas condiciones sociales con el fin de que los individuos puedan de manera consciente mejorar su salud” (1). Es así como el derecho a la salud, como requisito de una sociedad para reconocer a los sujetos sociales con sus derechos, implica la protección de estos a partir del principio de dignidad humana para el desarrollo de planes de vida individuales y colectivos, presentes y futuros, como las condiciones y recursos socialmente definidos por el propio Estado. Por consiguiente, la comprensión del derecho a la salud induce, entonces, la necesidad de conocer la experiencia social de vivir de los sujetos (2, 3).

Para este propósito de reconocer a los sujetos sociales, hay que mencionar que el derecho a la salud en Colombia hoy es considerado no sólo como derecho humano, sino como derecho constitucional fundamental. En el caso de las personas privadas de la libertad, por su especial condición de vulnerabilidad y subordinación (art. 35, Ley 599 del 2000), tal derecho debe estar garantizado por el Estado, pero debido a las restricciones propias de la vida en prisión, se presume que está seriamente vulnerado, máxime cuando se trata de su salud bucal.

En resumen, las personas privadas de la libertad son las que tienen suspendido el ejercicio de algunos derechos en virtud de una sentencia judicial, como sanción por la comisión de un delito. En estos casos, el Estado utiliza su *ius puniendi* para imponer la pena de la pérdida de la libertad individual. Esta situación ha traído como consecuencia, según estudios de otros países, un serio deterioro de la salud bucal de las personas privadas de la libertad, debido principalmente a la prohibición de algunos utensilios de higiene oral por medidas de seguridad, al desplazamiento de prisioneros de alta seguridad a hospitales solo en los casos de complicaciones bucodentales y a la insuficiente financiación de programas de prevención y control de la enfermedad y afecciones bucodentales que disminuyan la probabilidad de ocurrencia (4).

Entonces, se deduce que el deterioro se agudiza por la ausencia de participación de los beneficiarios, es decir, por falta de reconocimiento de sí mismos como sujetos de derechos, en detrimento de su calidad de vida (5,6). Esto es plausible cuando se reconocen las múltiples intervenciones de la Corte Constitucional para proteger el derecho a la salud de los reclusos y resaltar los problemas de la infraestructura carcelaria (sentencias SU-480 de 1997, T-505 de 1992, T- 535 de 1998). Además, hasta la fecha no se ha analizado desde la perspec-

tiva de la promoción el concepto del derecho a la salud bucal para este grupo poblacional, de modo que sus alcances y limitaciones identificadas tengan en cuenta las representaciones sociales y el impacto de la enfermedad bucodental (7).

Por estas motivaciones, la premisa central de intervención en personas privadas de la libertad plantea dificultades, ya que estas se encuentran bajo la tutela del Estado colombiano. Entre tanto, es claro que cuando se habla del derecho a la salud bucal de las personas privadas de la libertad como derecho constitucional fundamental, sobre el Estado recae una mayor responsabilidad en la garantía de tal derecho, sobre todo si se tiene presente que se trata de una población vulnerable. Además, se cuenta con el agravante de que el derecho a la salud tradicionalmente en Colombia ha sido desarrollado como un derecho prestacional y de carácter progresivo, enmarcado dentro de los llamados derechos económicos, sociales y culturales. Ello implicó que, hasta hace muy poco, solo se consideraran como derechos humanos los derechos civiles y políticos, de claro origen demoliberal, los cuales debían ser garantizados por el ente estatal, ya fuera de manera positiva o negativa.

En Colombia, el constituyente de 1991 circunscribió el derecho a la salud como derecho prestacional. De hecho, esto surge por serias dificultades suscitadas en el seno de la Corte Constitucional cuando consideraba el derecho a la salud como un derecho de carácter autónomo y fundamental, puesto que lo tutelaba por estar en relación con otros derechos o por personas que ameritaban especial protección (sentencias T-703 de 2003, T-760 de 2008 y T-845 del 2006).

Por consiguiente, en Colombia el Estado asume la responsabilidad integral del cuidado, prevención, conservación y recuperación de la salud de las personas recluidas en los centros penitenciarios y carcelarios, independientemente de que se encuentren privadas de la libertad a título preventivo o de condena. En el desarrollo de esta obligación, el gobierno nacional expidió el Decreto 1141 del 1 de abril del 2009, “por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

## Promoción de la salud bucal en personas privadas de la libertad

La salud pública, en su concepción más moderna, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción y la restauración de la salud de la población. Esta noción se caracteriza por enfatizar los aspectos sociales, conductuales, económicos y medio ambientales en su relación con la salud, con el fin de mejorarla (8).

Autores como *Rose* consideran que la prevención de los problemas en salud constituyen una medida que proporciona grandes beneficios a la comunidad, pero ofrece poco a los individuos que participan de ella; es decir, cuestiona el alcance de las medidas preventivas sugiriendo dos estrategias que igualmente son tradicionales y se orientan al control y a la prevención de las enfermedades: 1) la estrategia poblacional y 2) la estrategia de alto riesgo (9), que no tienen en cuenta el poder de la promoción de la salud.

Así, la primera estrategia tiene como objetivo contrar la ocurrencia de la enfermedad en el conjunto de la población como un todo. Por ejemplo, la promoción de medidas de higiene oral y la utilización del cepillo dental en toda una población escolar, que no ha tenido éxito en personas privadas de la libertad. Mientras que la orientación de alto riesgo tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad, este pretende, en definitiva, identificar y proteger a los individuos susceptibles, como pueden ser las personas detenidas que presentan grave deterioro de su salud bucal, sin considerar la potencial transformación personal y colectiva que, en definitiva, esta población también requiere. A pesar de que la estrategia de alto riesgo limita la actuación preventiva solo a las personas explícitamente vulnerables, constituye una respuesta superficial y limitada a los síntomas del problema a intervenir y no a sus causas (10).

Hay que destacar que a pesar de las diferentes estrategias en promoción de la salud que por supuesto engloba la prevención, en poblaciones vulnerables que tienen suspendido el ejercicio de ciertos derechos en virtud de una sanción judicial, es preferible conocer la percepción de la comunidad, la necesidad del momento y el contexto regulatorio en el cual una futura intervención operará. De igual manera, sea cual fuere la planificación o la intervención, e independientemente de que la prevención consista en evitar la enfermedad mientras que la promoción busca maximizar los niveles de salud, son preferibles estrategias como el empoderamiento, que apuntan desde los imaginarios de los sujetos de derecho a cualquiera de los cinco mecanismos elaborados en 1986 en la Carta de Ottawa (11).

Por ejemplo, la promoción de la salud bucal desde dimensiones como el empoderamiento y su contenido fomenta las prácticas de autocuidado y la disminución de la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones bucodentales. Es así, pues, como el empoderamiento, al ser una de las estrategias más efectivas consideradas para mejorar la salud de las personas con desventajas socioeconómicas o catalogadas vulnerables (12), facilita que la abstracción política de las estructuras de poder mejoren mediante acciones directas sobre los determinantes de salud en el orden físico, económico y social, tanto a escala organizacional como estructural

(13,14). Por consiguiente, el empoderamiento se convierte en un elemento clave de la promoción, puesto que incrementa el control sobre los determinantes de cada una de las personas en la acción (15,16).

El empoderamiento, entonces, debe entenderse como la habilidad de las personas para entender y controlar sus fortalezas personales, sociales, económicas y políticas, como proceso de emancipación que excede el ámbito individual hasta una intervención puntual y, posteriormente, gubernamental y, por tanto, pública; todo ello con la finalidad de conservar y prolongar la vida del sujeto y su entorno. Para este propósito, en odontología como en medicina, la salud y la enfermedad forman un continuo con diversos niveles de bienestar y gravedad, por tanto, el concepto de prevención se amplía y ofrece nuevas e ilimitadas perspectivas en el empoderamiento de las personas privadas de la libertad (17). Es importante tener en cuenta que, históricamente, las enfermedades y las afecciones bucodentales prevalentes, como la caries y las periodopatías, han traspasado los límites estrictamente clínicos, hasta llegar a considerarlos como problemas de salud pública, hasta tal punto, que los recursos humanos y económicos utilizados en odontología han sido enormes, y los resultados, en cuanto a cambios epidemiológicos, han sido deficientes, lo cual no es la excepción para los reclusos (18).

Actualmente, la promoción de la salud bucal influye positivamente sobre los sujetos, siempre y cuando se tengan como premisa los fracasos de las tradicionales medidas preventivas alrededor de afecciones como el *edentulismo*, que representa el mayor problema en odontología, muy a pesar de que el paradigma moderno propenda por el mantenimiento de la integridad y función del conjunto de la dentición. Más allá del control y la prevención de enfermedades, los niveles de salud de los individuos están condicionados por factores como el medio ambiente y los estilos de vida —que son difícilmente modificables sin el esfuerzo coordinado de la comunidad—, y regularmente exceden el enfoque biomédico tradicional en ámbitos como el de las personas privadas de la libertad (19,20).

## La salud bucal como planteamiento justo

Desde el punto de vista social, la salud bucal tiene que dejar de ser un valor, un producto o una realidad derivada del quehacer clínico, que sirve de referente significativo para orientar y dar sentido a la práctica odontológica. La salud bucal y sus políticas públicas debe interrelacionarse con los actores comunitarios para construir consensos sociales y escenarios de participación; así podrá brindarse desde la academia una serie de herramientas a los diferentes grupos sociales para que se

empoderen y hagan efectivo el ejercicio de sus derechos, comprendan sus imaginarios y evidencien sus condiciones de salud y su impacto social (21).

La calidad de vida relacionada con la salud bucal desde un enfoque de derechos se enmarca desde el principio de la dignidad como condición inherente al ser humano, es decir, se enmarca en un proceso de emancipación cuyo empoderamiento de los derechos en materia de salud bucal sobrealora el universo simbólico de la boca y busca que esta población vulnerable se valore como personas dignas que se sienten motivadas a desarrollar prácticas de autocuidado desde sus patrones culturales.

En búsqueda de coherencia entre la situación de salud bucal en Colombia y la tendencia de la salud en nuestros días, en universidades colombianas, como la Universidad de Antioquia, se ha señalado la necesidad de una política pública saludable para la salud bucal, enmarcada en el seguimiento de los indicadores en relación con los principios que fundamentan la salud colectiva y la salud pública. Es una propuesta fundada en los determinantes de la salud bucal bajo nuevos paradigmas y cambios en la transición demográfica, cuya acción política contribuya también a mejorar las condiciones en las cuales la gente vive y que incluyen la acción de todos los sectores sociales (22).

De este modo, la odontología con responsabilidad social asume las personas privadas de la libertad al abarcar diferentes estratos y actores sociales, no solo el comunitario, sino también el científico, el académico y el político, aunque las modalidades de gestión política dependan del sistema político (23) y sus alcances en el ámbito penitenciario. Es así como la salud bucal colectiva en Colombia asume particularidades propias del contexto social y económico y de las características específicas de los grupos sociales; de igual forma, es necesario

asumir el manejo de la economía global y sus efectos en la salud pública (24).

La asunción de la salud bucal como derecho fundamental va más allá de la participación o de la identificación de la práctica odontológica como elemento integrado a la respuesta social; va más allá de la integrada participación de los servicios de salud bucal como actores del reconocimiento de esta como componente de la salud general del individuo y del grupo social en el cual se inserta; y va más allá de la acción mancomunada de diversos colectivos, puesto que es, sencillamente, un derecho fundamental. Por lo tanto, frente a una población vulnerable como la carcelaria, hay que entender también la salud como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y las comunidades, ya que esta debe reconocer las capacidades del ser humano y debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo, incluso de aquellos que están privados de libertad.

Reconocer la salud bucal como un componente de la salud general del individuo y de su grupo social mediante la promoción de la salud obliga a hacer una distinción entre dos enfoques aparentemente parecidos: el de atención primaria en salud y el de promoción de la salud (tablas 1, 2 y 3), lo cual permite contextualizarla en la salud general, puesto que no se puede desconocer la importancia de los programas, estrategias y proyectos en diferentes disciplinas con objetivos comunes, junto con el desarrollo de estrategias y políticas para la disminución de caries y periodontopatías —como incipientemente lo reconoce el objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Decreto 3039)—, el cual, de todas formas, representa en Colombia un camino para entender estas patologías desde otra mirada diferente a la infecciosa, funcional y cosmética.

**Tabla 1.** Énfasis y enfoque de promoción de la salud en contraste con la atención primaria en salud y la prevención.

Promoción	APS	Prevención
La reducción de desigualdades sociales y la equidad a través del empoderamiento.	El acceso y el mejoramiento de los servicios de salud.	El control y la disminución de los factores de riesgo para enfermar y morir.
Enfoque poblacional y político social.	Enfoque poblacional y de riesgo.	Enfoque de riesgo.
Comunidad o sobre grupos específicos.	Comunidad, grupos específicos e individuos.	Individuos y grupos específicos en riesgo, posiblemente enfermos o enfermos expuestos a complicaciones y muerte.
Determinantes sociales: causas distales.	Determinantes sociales: causas distales y proximales.	Determinantes sociales: causas proximales.
Enfoque suprasectorial.	Enfoque intersectorial.	Enfoque sectorial.
	Factores de riesgo y determinantes.	Factores de riesgo.

**Tabla 2.** Componentes de promoción de la salud en contraste con la atención primaria en salud y la prevención.

Promoción	APS	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de aptitudes personales</li> <li>- Acción comunitaria</li> <li>- Intersectorialidad</li> <li>- Políticas públicas</li> <li>- Ambientes promotores</li> <li>- Reorientación de servicios</li> <li>- Inversión e infraestructura para la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación para la salud:</li> <li>- Autocuidado</li> <li>- Estilos de vida</li> <li>- Participación social</li> <li>- Mayor disponibilidad y utilización de servicios</li> <li>- Modificación de comportamientos</li> <li>- Actividades comunitarias</li> <li>- Contribución con recursos</li> <li>- Intersectorialidad</li> <li>- Funciones administrativas</li> <li>- Otros componentes:</li> <li>- Eficiencia.</li> <li>- Tecnologías apropiadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción de factores de riesgo</li> <li>- Disminución de las complicaciones</li> <li>- Protección de las personas</li> </ul>

**Tabla 3.** Fines de promoción de la salud y de la atención primaria en salud y la prevención.

Promoción	APS	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr control y mejorar los determinantes de la salud:</li> <li>- La paz</li> <li>- La educación</li> <li>- La vivienda</li> <li>- La alimentación</li> <li>- La renta</li> <li>- Un ecosistema estable</li> <li>- La justicia social</li> <li>- La equidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr la meta de SPT/2000:</li> <li>- Reducir desigualdades en relación con el acceso a los servicios y la exposición a factores de riesgo</li> <li>- Manejar de manera eficiente los recursos de salud</li> <li>- Promover la participación comunitaria en la gestión de los servicios bajo el principio de justicia social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir los factores de riesgo y enfermedad</li> <li>- Disminuir las complicaciones de la enfermedad</li> <li>- Proteger a personas y grupos de agentes agresivos</li> </ul>

Indudablemente, la participación social inherente a la promoción de la salud es una estrategia puesta al servicio de la comunidad, como antes se mencionaba por medio del empoderamiento que incluía los grupos sociales por intervenir; por ejemplo, personas privadas de la libertad cuyas experiencias socioculturales también constituyen un análisis de la salud bucal colectiva, ya que permiten conocer las vivencias propias del individuo y su forma de asumir el proceso salud-enfermedad en su limitada comunidad, a través de metodologías cualitativas para reconocer y comprender los discursos de los actores comprometidos (25).

Cuando se habla de identificar la práctica odontológica como elemento integrado a la respuesta social, se requiere de los sectores académicos para contribuir con la formación de un recurso humano conciente de los procesos sociales y de la situación del país. Así, por ejemplo, el ámbito carcelario es ideal para comenzar, puesto que la mayoría de sus integrantes son personas que han estado, además de enfermas, excluidas de oportunidades

y exentas del desarrollo de las capacidades por parte del Estado y la sociedad.

En el ámbito universitario, estas prácticas de promoción de la salud facilitan la formación de profesionales de calidad, con mayor criterio social y con capacidad crítica y reflexiva frente a la odontología en los sistemas de salud y en los modelos de atención (26), partiendo de acciones de promoción, prevención y atención en las comunidades.

El establecimiento de herramientas y pedagogías participativas en salud orienta el desarrollo de capacidades y criterios en población carcelaria en pro del favorecimiento de la autoestima y la autodeterminación, y potencia la comunicación y la construcción colectiva, validando el aprendizaje adquirido. La generación de estrategias requiere la participación de la academia, los actores del sistema general de seguridad social en salud en el sistema penitenciario, organizaciones no gubernamentales y representantes de la comunidad carcelaria y de partidos políticos, dado el significativo número de presos políticos y de actores armados (27, 28).

El logro del Estado social de derecho es la justicia social, entendida como la maximización de las expectativas de los menos favorecidos en la sociedad, puesto que la justicia se acentúa en la distribución de las ventajas comunes y los problemas comunes. Es esta doble moral la que anima a la salud pública a concretarse en el bienestar humano y en enfocar las acciones sobre las necesidades de los más desfavorecidos. Los reclusos en Colombia, aunque olvidados, son parte de esos desfavorecidos, cuya exclusión y desposesión por parte del Estado genera en muchos de ellos comportamientos reprochables y plenamente sancionados (29).

Es así como estos dos aspectos de la justicia —el mejoramiento de la salud de los individuos y el tratamiento a la desfavorecidos— crean una comprensión bastante rica en salud pública, puesto que la *justicia social* aborda las múltiples dimensiones de la población, y esto incluye intervenir la pobreza, la pobre educación y la desintegración social, entre otros aspectos que caracterizan a la población carcelaria. Por consiguiente, para consolidar un planteamiento serio en materia de salud bucal, es fundamental partir de acciones en poblaciones vulnerables y bajo la premisa de la adaptación societal, de la propiedad y el poder, con el fin de que la salud pública explícitamente identifique los determinantes que guían sus esfuerzos por rectificar las inequidades sociales en salud; esta es su misión central (30). Por ello, la definición más básica y comúnmente comprensible de justicia en salud pública es que esta puede ser justa o sensata, en la medida en que las personas son tratadas sin discriminación y las decisiones son tomadas (31).

## Conclusión

La promoción de la salud bucal requiere de acciones coherentes en pro de la equidad en salud; es decir, debe intervenir sobre el conjunto de los determinantes sociales de la salud bucal para contribuir a la garantía del alcance de los niveles óptimos de desarrollo humano en la población (32).

Existe una escasa participación de los actores afectados por las políticas públicas; peor aún, si se trata de personas privadas de la libertad, puesto que en las cárceles se desfavorece la fiel expresión de la democracia política, ejemplo de la no sostenibilidad técnica y política necesaria para la garantía del derecho a la salud bucal por parte de los centros penitenciarios. Prueba de ello son las deficiencias de infraestructura humana y física, según la Corte Constitucional de Colombia en sentencia T-153 de 1998.

En efecto, se sabe que la incorporación de los actores afectados por las políticas públicas permite responder mejor desde la promoción de las necesidades de la población en materia de salud bucal, lo cual imposibi-

lita en las cárceles una mejor definición técnica de las normas y facilitación de la aplicación, siempre que estas personas privadas de la libertad sean concientes de sus derechos mediante el empoderamiento, lo cual facilitaría que esta población ejerza también un efectivo control social sobre el sistema (33), y así mejorar el capital social, a la espera de estas personas reinsertarse en la sociedad, lo cual depende en gran medida a la cohesión social en torno a los derechos dentro del ámbito carcelario.

En consecuencia, con respecto a la participación social, es pertinente que el empoderamiento como esfuerzo inicial y reproducible del desarrollo de la comunidad induzca permanentemente a la promoción de adecuadas instituciones, relaciones y normas. Para el caso concreto de las cárceles, el ejercicio de los derechos —especialmente el de la salud bucal— y la inclusión de los reclusos en asuntos públicos del recinto penitenciario comienza cuando estos tienen el poder para cuestionar las condiciones sociales que creen mancomunadamente una cultura participativa. En resumidas cuentas, el empoderamiento como estrategia de la promoción de la salud bucal contribuye a lograr el punto de equilibrio de los actores y el sector público, en aras de la gestión de recursos para solucionar los problemas de la vida diaria en las cárceles (34).

Es claro que la participación de la comunidad carcelaria en un nuevo planteamiento de salud bucal en el contexto colombiano no garantiza por sí sola el logro de la justicia social, debido a la manipulación política, la desinformación y la falta de cultura política, que pueden canalizarla hacia fines contrarios a ella. Para lograr que se cumplan los planeamientos de la salud bucal, es necesario concebir la justicia social, no como el resultado del actuar benefactor del Estado o de la aplicación correcta de un procedimiento, sino como la garantía de los derechos sociales de los miembros de la comunidad política, incluyendo la sancionada; es decir, su eje central es el acceso de la población —sobre todo la más vulnerable (población carcelaria)— a los denominados bienes públicos, como la salud, que promueven también en el seno de los recintos penitenciarios los alcances del Estado social de derecho a través del progreso técnico de la salud, la procura existencial de los ciudadanos, el carácter redistribuidor de las rentas, la ampliación de la representatividad y, sobre todo, la máxima expansión del constitucionalismo y de los principios democráticos (35).

Para avanzar en la garantía del derecho a la salud oral, especialmente de poblaciones vulnerables, es necesario plantearse un redimensionamiento de la acción social, que responda al imperativo ético del mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía. En esta transformación de la acción de las personas privadas de la libertad a través del plan-

teamiento de la salud bucal, son sus necesidades, condiciones y posibilidades las que definen la acción y los mecanismos de gestión y apoyo que permitan invertir la lógica hegemónica del quehacer suprasectorial.

## Referencias

- 1 Londoño O. Nociones y prácticas de calidad de vida en la extensión universitaria, una mirada desde los derechos humanos. En: *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas editores, Universidad Nacional; 2004.
- 2 Morales MC. La escuela, centro de calidad de vida: reflexiones hacia una experiencia social. En: *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas editores, Universidad Nacional; 2004.
- 3 Puerto AH. Calidad de vida y salud. Problemáticas y desafíos. En: *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas editores, Universidad Nacional; 2004.
- 4 Treadwell HM, Formicola AJ. Improving the oral health of prisoners to improve overall health and well-being. *AJPH* 2005;95(10):1677-1679.
- 5 Clare HJ. Dental health status, unmet needs, and utilization of services in a cohort of adult felons at admission and after three years incarceration. *J correctional Health Care* 2002;9:291-303.
- 6 Mixson J, Eplee H, Feil P, Jones J, Rico M. Oral health status of a federal prison population. *J Public Health Dent* 1990;50:257-261.
- 7 Parra G, García LI. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. *Hacia la Promoción de la salud* 2008;13:121-130.
- 8 Anderson M, Bales D, Omnell KA. Modern management of dental varies: the cutting edge is not the dental bur. *JADA* 1993;124:37-44.
- 9 Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- 10 Cuenca E. Odontología comunitaria. Evolución histórica, principios y aplicaciones. En: *Cuenca-Sala E y Baca-García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*; 3 ed; 2005.
- 11 World Health Organization. *Ottawa Charter for health promotion*. Genève: WHO; 1986.
- 12 Van den Broucke S, Hennion W, Vernailen N. Planning for empowerment in health promotion with socio-economically disadvantaged communities: Experiences with a small group approach. *Arch Public Health* 2006;64:143-158.
- 13 Kickbush I. health promotion: a global perspectiva. *Canadian Journal of Public Health* 1988;77:321-326.
- 14 World Health Organization. *Ottawa charter for health promotion*. Ontario: WHO, health and welfare Canada; 1996.
- 15 Lord J, Farlow DM. Study of personal empowerment: Implications for health promotion. *Health promotion* 1990;29:2-8.
- 16 Kieffer C. Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services* 1984;3:9-36.
- 17 Leavell HR, Clark RG. *Textbook of preventive Medicine*. New York: Mc Graw Hill; 1983.
- 18 Cuenca E. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. En: *Cuenca-Sala E y Baca-García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*; 3 ed; 2005.
- 19 World Health Organization. *Oral Health Care Systems. An International Collaboration Study*. London: Quintessence; 1985.
- 20 Burt B. Promotion of oral health. En: *Burt B, Eklund S, editores. Dentistry, dental practice and the community 4ª ed*. Philadelphia: Saunders; 1992. Pág. 241-52.
- 21 Farr R. *Escuelas Europeas de Psicología Social: La investigación de las representaciones sociales en Francia*. *Revista Mexicana de Sociología* 1983;45:641-658.
- 22 Milio N. Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55:622-623.
- 23 Walt G. *Health policy: an introduction to process and power*. South Africa: Witwatersrand University; 1994.
- 24 Hobdell MH. Economic globalization and oral health. *Oral Diseases* 2001;7:137-143.
- 25 Agudelo AA, Martínez E. Salud bucal colectivo y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 2009;8(16):91-105.
- 26 Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales. *Rev Fed Odontol Colomb*. 1999; 57(195): 9-56.
- 27 Dos Santos AM, Rodrigue AÁAO, Suzuki CLS et al. Mercado de trabalho ea formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. *Rev. Saúde. Com*. 2006; 2(2): 169-182.
- 28 Baldani MH, Bergel Fadel C, Possamai T, Schweitzer Queiroz MG. Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(4):1.026-1.035.
- 29 Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*. Observatorio Latinoamericano de Salud. Quito: CEAS; 2005.
- 30 Krieger N. Latin American Social Medicine: The quest for social justice and public health. *American Journal of Public Health* 2003;93(12):9-13.
- 31 Gostin L, Powers M. What does social justice require for the public's health? *Public health ethics and policy imperatives*. *Health affairs* 2006; 25(4):1053-1061.
- 32 Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. *Guía de evaluación*. Cali: CEDETES, CDC, OPS; 2004. Págs. 135-139.
- 33 Makrides J, Schulman J. Dental health care of prison populations. *J Correctional Health Care* 2002; 9:291-303.
- 34 Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health policy and planning* 2000;15:255-262.
- 35 García M. Estado, derecho y crisis en Colombia, Medellín. *Revista de Estudios Políticos* 2000;17.