
PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD: UNA OBSERVACIÓN ACADÉMICA

Anderson Rocha Buelvas*
Álvaro Alfonso Patiño**
Mary Sol Narvaéz***

RESUMEN

El presente artículo enfatiza, por medio del empoderamiento, sobre la posibilidad del ejercicio del derecho a la salud para personas privadas de la libertad. Desde la óptica de la calidad de vida como componente fundamental de la salud, se presume que en Colombia existe un serio deterioro, específicamente de la salud bucal y su promoción, en estas personas. A lo anterior se le suma evidencia jurídica de la deficiente infraestructura humana y física de las cárceles, la falta de reconocimiento de los problemas de salud bucal y la problemática manifiesta del estado de la salud bucal de esta población en países en vías de desarrollo. Cabe destacar que la responsabilidad estatal respecto al derecho a la salud se ve maximizada en esta población al ser considerada como vulnerable y subordinada a este. El presente artículo pretende, desde una perspectiva académica, valorar la promoción de la salud bucal en personas privadas de la libertad.

Palabras claves: derecho a la salud, reclusos, promoción de la salud, Colombia.

PROMOTION OF ORAL HEALTH IN PEOPLE DEPRIVED OF FREEDOM AN ACADEMIC OBSERVATION

ABSTRACT

A lo anterior se le suma evidencia jurídica de la deficiente infraestructura humana y física de las cárceles, la falta de reconocimiento de los problemas de salud bucal y la problemática manifiesta del estado de la salud bucal de esta población en países en vías de desarrollo. Cabe destacar que la responsabilidad estatal respecto al derecho a la salud se ve maximizada en esta población al ser considerada como vulnerable y subordinada a este. El presente artículo pretende, desde una perspectiva académica, valorar la promoción de la salud bucal en personas privadas de la libertad.

This article emphasizes, through empowerment, the possibility to exercise the right to health in people deprived of their freedom. From the standpoint of quality of life as a fundamental component of health, it is presumed that in Colombia there exists a serious deterioration

*Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Maestrante en Salud Pública, Universidad del Valle. Coordinador del Sistema Investigaciones, Programa de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. E-mail: anderson.rocha@ucc.edu.co

** Abogado, Universidad de Nariño. Maestrante de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Universidad Santo Tomás. Investigador Centro de Investigaciones Sociojurídicas, Programa de Derecho, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. E-mail: alvaro.patiño@campusvirtualucc.edu.co

*** Psicóloga, Universidad Mariana. Especialista en Docencia Universitaria, Universidad Mariana. Docente Investigadora, Programa de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto. E-mail: sol.narvaez74@gmail.com

specifically in oral health and its promotion in people deprived of freedom. To what was said above it can be added the legal evidence of the poor human and physical infrastructure of prisons, the lack of recognition of oral health problems and the problems evidenced in the oral health status of this population in underdeveloped countries. It is important to highlight that the State responsibility

regarding the right to health is maximized in this population when it is considered as vulnerable and subordinated to it. This article aims to assess the promotion of oral health in people deprived from freedom from an academic perspective.

Key words: right to health, prisoners, health promotion, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Según la teoría sociocultural del aprendizaje de Vigotsky, el conocimiento no es un objeto que se pasa de una persona a otra, sino que es algo que se construye por medio de operaciones y habilidades cognitivas que se inducen en la interacción social. Esta teoría considera que el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social y después en el individual. La transmisión y adquisición de conocimientos y patrones culturales es posible cuando de la interacción —plano interpsicológico— se llega a la internalización —plano intrapsicológico (1).

De acuerdo con el aprendizaje significativo, a través del aprendizaje social del conocimiento los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva de la persona. Esto se logra cuando ésta relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que se interese por aprender lo que se le está mostrando, ya que el aprendizaje, más que un proceso de asimilación-acomodación, es un proceso de apropiación del saber exterior (2).

Para que se produzcan aprendizajes significativos desde estrategias de promoción de la salud en la academia, es necesario que se den dos condiciones: 1. Los nuevos materiales que van a ser aprendidos deben ser potencialmente significativos, esto es: a) los nuevos contenidos deben poseer significación lógica, estar

ordenados siguiendo la lógica de la disciplina a que corresponden, y no ser arbitrarios ni confusos, y b) los nuevos contenidos deben ser psicológicamente significativos para el sujeto que aprende. 2. El sujeto debe tener disposición de asociar los conceptos nuevos con los conceptos ya adquiridos, es decir, debe querer aprender (3).

La potencial dimensión del empoderamiento en personas privadas de la libertad¹ está comprendida desde el aprendizaje significativo como un procedimiento de transformación personal y colectiva, en el que la calidad de vida relacionada con la salud bucal desde un enfoque de derechos, se enmarca a partir del principio de la dignidad como condición inherente al ser humano, es decir, se enmarca en un proceso de emancipación; además, permite sobrevalorar el universo simbólico de la boca y busca que la población vulnerable se valore como personas dignas, que se sienten motivadas a desarrollar prácticas de autocuidado desde sus patrones culturales (4).

¹ En Colombia esta población aún no ha sido identificada plenamente por la Contraloría General de la República. En mayo de 2010 el contralor Julio César Turbay se comprometió a investigar por denuncias hechas por la inoperante vigilancia y los pagos del Ministerio del Interior y de Justicia sin haber lugar a ellos.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL EMPODERAMIENTO

La promoción de la salud bucal desde dimensiones como el empoderamiento y su contenido para una construcción social del conocimiento, fomenta las prácticas de autocuidado y la disminución de la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones bucodentales. Es así como el empoderamiento, al ser una de las estrategias más efectivas contempladas para mejorar la salud de las personas con desventajas socioeconómicas o catalogadas vulnerables, facilita que la abstracción política de las estructuras de poder mejore mediante acciones directas en el orden físico, económico y social, tanto en lo organizacional como en lo estructural (5,6). 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 (7).

El empoderamiento, entonces, debe entenderse como la habilidad de las personas para entender y controlar sus fortalezas personales, sociales, económicas y políticas, esto como un proceso de emancipación que excede el ámbito individual a una intervención puntual, gubernamental y pública. Esto tiene la finalidad de conservar y prolongar la vida del sujeto y su entorno (8).

Para este propósito, en odontología y 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 (9). Es importante tener en cuenta que históricamente las enfermedades y las afecciones bucodentales prevalentes como la caries y las periodontopatías, han traspasado los límites estrictamente clínicos para ser considerados problemas de salud pública, a 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, y esto no es la excepción para los reclusos (10).

DERECHO A LA SALUD Y SUJETOS SOCIALES

Burt afirma en el libro *Dentistry, dental practice and the community* 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" (Es así como el derecho a la salud es un requisito de una sociedad para reconocer a los sujetos sociales con sus derechos, e implica la protección de los mismos 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 y de vida de los sujetos (11, 12,13) a fin de validar aún más estrategias de promoción como el empoderamiento.

Para el propósito de reconocer a los sujetos sociales, hay que mencionar que el derecho a la salud en Colombia, hoy por hoy, es considerado no sólo como un derecho humano, sino como un derecho constitucional fundamental. En el caso de las personas privadas de la libertad, tal derecho debe estar garantizado por el Estado, por su especial condición de vulnerabilidad y subordinación (Art. 35, Ley 599 de 2000); 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. Además, las personas privadas de la libertad son aquellas que se encuentran suspendidas del ejercicio de ciertos derechos en virtud de una sentencia judicial, como sanción por la comisión de un delito. En estos casos,

el Estado utiliza su *ius puniendi* o su facultad sancionadora para imponer la pena de la pérdida de la libertad individual. Esta situación ha traído como consecuencia, según estudios en otras latitudes, un serio deterioro de la salud bucal de las personas privadas de la libertad, debido principalmente a: la prohibición de ciertos utensilios de higiene oral por medidas de seguridad; el desplazamiento de prisioneros de alta seguridad a hospitales, exclusivamente en casos de complicaciones bucodentales; y la insuficiente financiación de programas de prevención y control de la enfermedad y afecciones bucodentales que disminuyan la probabilidad de ocurrencia.

Según la Defensoría del Pueblo,

El servicio de Odontología es generalmente muy pobre y no existen los elementos necesarios para tratar adecuadamente las patologías dentales. Merece la pena analizar por qué la diversidad de respuestas: el 17.3% que no sabe o no responde y el 16.8% que responde como aceptable. Probablemente nunca tuvieron acceso a un servicio de odontología y en la cárcel pueden contar aunque sea con la atención prestada por el odontólogo. También vale la pena referir que en las visitas de la Defensoría del Pueblo se encontró que los contratos de los odontólogos son insuficientes, han caducado o no hay continuidad en la renovación inmediata de los mismos (14).

Entonces se deduce que el deterioro principalmente se agudiza por la ausencia de participación de los beneficiarios en la construcción de los programas de prevención y atención en materia de salud bucal, por causa de reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, en detrimento de su calidad de vida (15). Esto es plausible cuando

se reconocen las múltiples intervenciones de la Corte Constitucional para proteger el derecho a la salud de los reclusos, y colocar de relieve los problemas de la infraestructura carcelaria.² Además, hasta la fecha no se ha analizado desde la perspectiva de la promoción, el concepto del derecho a la salud bucal para este grupo poblacional, cuyos alcances y limitaciones identificados tengan en cuenta las representaciones sociales y el impacto de la enfermedad bucodental (16).

Por estas motivaciones, la premisa central de intervención en personas privadas de la libertad plantea dificultades, ya que 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 éste 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 en el interior de los llamados derechos económicos, sociales y culturales. Esto implicó que hasta hace muy poco, tan sólo se consideraran como derechos humanos los derechos civiles y políticos, es decir, los que de manera positiva o negativa correspondan al derecho a las obligaciones y ayudas obligatorias o el que corresponde a las obligaciones de abstención, todas de claro origen demoliberal.

En Colombia, la Asamblea Constituyente de 1991 circunscribió el derecho a la salud como derecho prestacional, y además como un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida; por tanto, la trasgresión de la salud

² Sentencias Corte Constitucional. Sentencia SU-480 de 1997 sobre la seguridad social en el estado social de derecho, Corte Constitucional. Sentencia T-505 de 1992 sobre los derechos de las personas infectadas o portadoras de SIDA, Corte Constitucional. Sentencia T- 535 de 1998 sobre Principio de oficiosidad procesal. Efectividad de derechos fundamentales.

atenta directamente contra el derecho a la vida, no sólo en lo relacionado con la existencia de la persona, sino también en la calidad de vida que la misma debe tener. 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 con personas que ameritaban especial protección.³

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 éstos se encuentren privados de la libertad a título preventivo o de condena. En el desarrollo de esta obligación, el gobierno nacional expidió el Decreto 1141 de abril 1 de 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".

Por lo tanto, en el caso concreto de las personas privadas de la libertad, actualmente es posible la intervención en promoción de la salud bucal, que permita recoger la información científica tradicional, y permita asignar desde la pedagogía del empoderamiento una significación real al contenido del derecho, las representaciones sociales y los impactos de la enfermedad bucodental, con el fin de garantizar de una manera efectiva el derecho a la salud bucal, a partir de su promoción.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA

Desde una apreciación de la salud pública para el público, ésta se comprende como el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción y restauración de

³ Sentencias T-703 de 2003, T-760 de 2008 y T-845 de 2006.

la población. Esta noción se caracteriza por enfatizar los aspectos sociales, conductuales, económicos y medioambientales en su relación con la salud, a fin de mejorar los niveles de salud (17).

En consecuencia, la percepción del público puede determinar si un problema específico, debido a la causa o sensibilidad que despierta, puede ser considerado como un problema de salud pública; por ello, en el caso de las personas privadas de la libertad es determinante que sean ellas mismas quienes identifiquen los problemas sanitarios en un modelo de planificación en promoción de la salud, donde el equipo de salud explore las necesidades y recursos de la población y así aprendan a diseñar las estrategias y utilizar los materiales efectivos para una población tan particular.

Autores como Rose consideran que la prevención de los problemas en salud es 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 y sugiere dos estrategias que igualmente son tradicionales y se orientan al control y prevención de las enfermedades: i) la estrategia poblacional y ii) la estrategia de alto riesgo (18). Es así como la primera estrategia tiene como objetivo contar la ocurrencia de la enfermedad en el conjunto de la población como un todo; por ejemplo, la promoción de medidas de higiene oral y utilización de cepillo dental en toda una población escolar. Mientras que la orientación de alto riesgo tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad, éste pretende en definitiva identificar y proteger a los individuos susceptibles como lo pueden ser las personas privadas de la libertad con grave deterioro de su salud bucal, sin contemplar la potencial transformación personal y colectiva, que sin duda esta población también requiere.

A pesar de que la estrategia de alto riesgo limita la actuación preventiva sólo a las personas explícitamente vulnerables, constituye una respuesta a los síntomas del problema que se

debe intervenir. Por ello, este tipo de acciones en salud bucal por la etiología multifactorial requieren de acciones de promoción de la salud como las estrategias de autocuidado, (19) más bien fomentadas desde, el empoderamiento.

Hay que destacar que a pesar de las diferentes estrategias en promoción de la salud que por supuesto engloban la prevención, en poblaciones vulnerables suspendidas del 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 busque 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 (20).

Actualmente, en salud pública la promoción de la salud influye positivamente sobre los sujetos, siempre y cuando se tenga como premisa los fracasos de las tradicionales medidas preventivas alrededor de afecciones como el edentulismo, es decir, la pérdida parcial o total de dientes, el cual representa el mayor problema en odontología, ya que el paradigma moderno propende por el mantenimiento de la integridad y función del conjunto de la dentición. Es así como 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 una comunidad como la carcelaria, que regularmente excede el enfoque biomédico tradicional en ámbitos como el de las personas privadas de la libertad (21,22,23).

La promoción de la salud bucal permite vincular la formación, la investigación y la extensión

universitaria. Desde la mirada de lo 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 que orienta y da sentido a la práctica odontológica (24).

La universidad, en el ámbito de la salud bucal y sus políticas públicas, debe preocuparse, entre otros aspectos, por la orientación política de sus contenidos, interrelacionándose con los diferentes actores comunitarios, para construir consensos sociales y escenarios de participación; así la academia podrá brindar una serie de herramientas a los diferentes grupos sociales para que se empoderen, hagan efectivo el ejercicio de sus derechos, comprendan sus imaginarios y evidencien sus condiciones de salud e impacto social (25).

CONCLUSIÓN

Contradictoriamente, el enfoque del sistema de Protección Social en Colombia, desde la mirada de la promoción de la salud bucal, dista del derecho mismo porque se relaciona con la dimensión del trabajo en salud, ya que lo considera un servicio público. Esta es la razón principal por la cual la academia debe intervenir, puesto que 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 la garantía de los niveles óptimos de desarrollo humano en la población carcelaria (26).

Otro aspecto importante para destacar es la necesidad de trabajo intersectorial en promoción de la salud bucal de personas privadas de la libertad, el cual no se reconoce dentro del sector salud y mucho menos dentro del sector educativo; además, existe una escasa participación de los actores afectados por las políticas públicas, 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, y esto es una prueba de las deficiencias de infraestructura humana y física. Según la Corte Constitucional de Colombia en Sentencia T-153 de 1998,

*Las cárceles colombianas se caracterizan por el hacinamiento, las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales, el imperio de la violencia, la extorsión y la corrupción, y la carencia de oportunidades y medios para la resocialización de los reclusos. Razón le asiste a la Defensoría del Pueblo cuando concluye que las cárceles se han convertido en meros depósitos de personas. Esta situación se ajusta plenamente a la **definición del estado de cosas inconstitucional**. Y de allí se deduce una **flagrante violación de un abanico de derechos fundamentales** de los internos en los centros penitenciarios colombianos, tales como la dignidad, la vida e integridad personal, los derechos a la familia, a la salud, al trabajo y a la presunción de inocencia.*

En efecto, se sabe que la incorporación de los actores afectados por las políticas públicas permite responder mejor desde la promoción a las necesidades de la población en materia de salud bucal. Esto posibilita una mejor definición técnica de las normas y facilita su aplicación, siempre que estas personas privadas de la libertad sean conscientes de sus derechos mediante el empoderamiento, lo cual facilitaría que esta población ejerza también un efectivo control social sobre el sistema (27,28), para así mejorar el capital social esperado en estas personas al reinsertarse en la sociedad, lo cual depende en gran medida de la cohesión social en torno a los derechos dentro del ámbito carcelario.

En consecuencia, respecto a la participación social es pertinente que el empoderamiento

como un esfuerzo inicial y reproducible del desarrollo de la comunidad, induzca permanentemente a la promoción de adecuadas instituciones, relaciones y normas (29). Para el caso concreto de las cárceles, el ejercicio de sus derechos, especialmente el de la salud bucal y su inclusión como reclusos en asuntos públicos del recinto penitenciario, comienza cuando tienen el poder para cuestionar las condiciones sociales como parte de una nueva cultura participativa. De este modo, 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 (30,31).

Por tanto, el logro de los derechos sociales, económicos y culturales no resulta de la selección del mejor modelo de financiamiento o de administración de los recursos en salud disponibles en una sociedad particular como la carcelaria, a pesar del predominio de la lógica de mercado, sino que se logra en tanto en cuanto se entiende que para llevar a cabo una acción coherente en las cárceles en pro de la equidad en salud bucal (32) debe intervenir sobre el conjunto de los determinantes sociales de la salud bucal, con el objeto de alcanzar niveles óptimos de desarrollo humano en esta población (33). Puesto que se tergiversa el concepto de lo público, éste se suele asociar a los intereses colectivos y no al hecho de que sean estatales, ya que como es evidente, la no participación democrática de los actores sociales que se encuentren o no en reclusión, y la unánime toma de decisiones del Estado (33), desconocen las necesidades y alcances del derecho a la salud bucal en estos sujetos sociales.

Por lo tanto, la solución de los problemas de la vida diaria en las cárceles desde el empoderamiento como herramienta clave de la promoción de la salud bucal, debe ser un proceso social amplio y heterogéneo de interacción y consenso, en el cual los individuos

(personas privadas de la libertad) y la institución carcelaria actúen como agentes sociales, que se apoyan en intereses, experiencias y valores, que dada la vulnerabilidad de los actores, debe liderar el Estado. De manera que el fin es lograr que el interés colectivo se materialice, y exista también agenciamiento social en los centros penitenciarios (34).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici. Psicología Social. II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1986. p. 470-94.
2. Farr R. Escuelas Europeas de Psicología Social: La investigación de las representaciones sociales en Francia. En: Revista Mexicana de Sociología. Año XLV, Vol. XLV. Instituto de Investigaciones Sociales/ UNAM.
3. Vigotsky LS. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica; 1979.
4. Vigotsky LS. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Fausto; 1993.
5. Parra Ramírez G, García Castro LI. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. *Hacia la Promoción de la Salud* 2008;13:121-30.
6. Van den Broucke S, Hennion W, Vernailen N. Planning for empowerment in health promotion with socio-economically disadvantage communities: Experiences with a small group approach. *Arch Public Health* 2006,64:143-58.
7. Kickbush I. Health promotion: a global perspective. *Canadian Journal of Public Health* 1988;77:321-6.
8. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Theory at a Glance: A guide for Health Promotion Practice; 2005:39-44.
9. Leavell HR, Clark RG. Textbook of preventive Medicine. New York: McGraw-Hill; 1983.
10. Cuenca Sala E. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (Capítulo 1). En: Cuenca-Sala E y Baca-García P. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 3 ed; 2005.
11. Londoño O. Nociones y prácticas de calidad de vida en la extensión universitaria, una mirada desde los derechos humanos. En: María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas, editores. *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. Universidad Nacional; 2004.
12. Morales MC. La escuela, centro de calidad de vida: reflexiones hacia una experiencia social. En: María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas, editores. *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. Universidad Nacional; 2004.
13. Puerto AH. Calidad de vida y salud. Problemáticas y desafíos. En: María Carolina Morales y Wilson Herney Mellizo Rojas, editores. *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. Universidad Nacional; 2004.

14. COLOMBIA. Defensoría del Pueblo. En: Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia 2003; Defensoría del Pueblo:20-1.
15. 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.
16. Mixson J, Eplee H, Feil P, Jones J, Rico M. Oral health status of a federal prison population. *J Public Health Dent* 1990;50:257-61.
17. Anderson M, Bales D, Omnell KA. Modern management of dental varies: the cutting edge is not the dental bur. *JADA* 1993;124:37-44.
18. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
19. World Health Organization. *Oral Health Care Systems. An International Collaboration Study*. London: Quintessence; 1985.
20. WHO, Ottawa charter for health promotion. Ontario: WHO and health and welfare Canada; 1996.
21. Lord J, Farlow DM. Study of personal empowerment: Implications for health promotion. *Health promotion* 1990;29:2-8.
22. Kieffer C. Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services* 1984;3:9-36.
23. Burt B. Promotion of oral health. En: Burt B, Eklund S, editors. *Dentistry, dental practice and the community*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 241-52.
24. Malagón R. La boca como representación. Segunda parte: Los límites y las negociaciones. En: Viveros M y Garay A. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Santafé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia; 1999. p. 95-109.
25. Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guía de evaluación. CEDETES, CDC, OPS 2004:35-139.
26. Cuenca Sala E. Odontología comunitaria. Evolución histórica, principios y aplicaciones (capítulo 13). En: Cuenca-Sala E y Baca-García P. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*; 3 ed.; 2005.
27. Rojas Ochoa, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública* 2005;30:1-8.
28. Organización panamericana de la salud (OPS). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación técnica y científica; 2002. p. 400-589.
29. Consejo Económico y Social, documento E/C.12/2000/4. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000).
30. World Health Organization. *Ottawa Charter for health promotion*. Genève: WHO; 1986.
31. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health policy and planning* 2000;15:255-62.
32. Hernández M. *La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946*. [Tesis]. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. (Inédito).

33. Treadwell HM, Formicola AJ. Improving the oral health of prisoners to improve overall health and well-being. *AJPH* 2005; 95(10):1677-9.
34. Makrides J, Schulman J. Dental health care of prison populations. *J Correctional Health Care* 2002;9:291-303.
35. Trujillo García, S. Individual agency and life conditions. *Univ Psicol* 2005;4(2): 221-30.