

Acceso a los servicios de salud dental en internos de establecimientos penitenciarios

Access to dental health services in prison inmates

Omar Pezo Jimenez.^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7932-7206>

Ulises Massino Peñaloza de la Torre.² <https://orcid.org/0000-0002-8510-2350>

Raúl Alberto García Castro.² <https://orcid.org/0000-0003-1875-6917>

¹ Universidad Privada de Tacna, Perú.

² Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú.

* Autor para la correspondencia: omapezo@virtual.upt.pe

RESUMEN

Introducción: La población penitenciaria debido a su condición vulnerable está expuesta a sufrir el deterioro de su salud. El estado es quien debe prestar y garantizar los servicios básicos. El objetivo fue describir las condiciones de acceso a la salud bucal de los internos reclusos en centros penitenciarios del Perú.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, longitudinal y se recogió los datos en una ficha documental de fuentes secundarias entre el periodo 2015 al 2021 proporcionada por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú. La muestra fue de 87245 internos reclusos en 64 establecimientos y distribuidos en ocho regiones. Para la recolección de datos y el análisis estadístico se empleó el paquete profesional software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26 para Windows (SPSS Inc., de Estados Unidos). El análisis de datos es descriptivo, se realizó utilizando tablas de frecuencias, en las cuales se trabajó con la frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Los resultados demuestran que solo 43 internos (67,19%) cuentan con servicios odontológicos, de los cuales 29 tienen asignado un personal odontólogo.

Discusión: En cuanto a las medidas de prevención, ninguno de los centros penitenciarios destina presupuesto para este fin. Durante el año 2021, 22364 internos no recibieron atención bucal. Gran parte de la población penitenciaria no tiene acceso a los servicios básicos de odontología y otros reciben servicios precarios. Se pone en riesgo la salud bucal de los internos y se les priva de sus derechos básicos de acceso a la salud.

Palabras clave: odontología; salud bucal; población penitenciaria.

ABSTRACT

Introduction: The prison population, due to its vulnerable condition, is exposed to deteriorating health. The state is the one who must provide and guarantee basic services. The objective was to describe the conditions of access to oral health for inmates confined in penitentiary centers in Peru.

Material and methods: It is a descriptive, longitudinal study and it collected the data in a documentary file from secondary sources between 2015 to 2021 provided by the Peru's National Penitentiary Institute. The sample consisted of 87,245 inmates confined in 64 establishments and distributed in eight regions. For data collection and statistical analysis, the professional statistical software package IBM SPSS Statistics version 26 for Windows (SPSS Inc., United States) was used. The data analysis is descriptive, it was carried out using frequency tables, in which we worked with the absolute and relative frequencies.

Results: The results show that only 43 inmates (67.19%) have dental services, of which 29 are assigned a dental staff.

Discussion: Regarding prevention measures, none of the prisons allocate a budget for this purpose. During the year 2021, 22,364 inmates did not receive oral care. A large part of the prison population does not have access to basic dental services and others receive precarious services. The oral health of inmates is put at risk and they are deprived of their basic rights to access to health.

Keywords: dentistry; oral health; prison population.

Recibido: 22/09/2022

Aprobado: 30/1/2023

INTRODUCCIÓN

El acceso a la salud es uno de los valores fundamentales y un derecho básico de las personas, por ende es protegido a partir de normativas de carácter internacional por parte de los gobiernos.

El pacto internacional de derechos civiles y políticos establece en su artículo 10 que: “toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.”⁽¹⁾ De esta forma los estados miembros asumieron como prioridad la búsqueda de un correcto acceso al servicio de la salud. La importancia de obtener una cobertura universal implica, en su sentido amplio, que todas las personas tengan, sin ningún tipo de discriminación, servicios adecuados, a tiempo y de calidad.^(2, 3) En Perú, normas como la ley general de salud 26842⁽⁴⁾ o el capítulo cuarto del Código de Ejecución Penal peruano⁽⁵⁾ dejan claro la protección a la salud tanto de la población en general como la de los internos de los establecimientos penitenciarios.

En Latinoamérica se reconoce la salud como un derecho humano irrestricto, en consecuencia, este servicio ocupa un espacio como política pública prioritaria. Por esta razón los estados han venido modificando su legislación para garantizar a la población el mayor acceso posible a este derecho, específicamente en Sudamérica, el enfoque se ha centrado en el acceso y uso de servicios de salud⁽⁶⁾, sin embargo, en Perú, con recursos económicos limitados, las políticas en la práctica no se priorizan y trae como consecuencia que muchas poblaciones sean relegadas. Ante la perspectiva de que no es posible garantizar el acceso inmediato de todas las personas a los tratamientos que podrían mantener o mejorar su salud, los gobiernos deben generar mecanismos de priorización que tengan como objetivos ampliar de manera progresiva tanto la población cubierta como las intervenciones que se ofrecen, y reducir los costos y cuotas considerando los recursos públicos disponibles para el sistema de salud.⁽⁷⁾ Es relevante tener en cuenta que aunque el Estado busque tener presencia en el acceso a servicios básicos, el servicio de la salud radica como uno de los de más importancia.⁽⁸⁾

Es necesario eliminar barreras y reorientar los servicios en un contexto de salud pública y equidad para concentrarse en lograr un mejor acceso a salud de la población y una mejor distribución de la misma.⁽⁹⁾ Esto permitiría enfocar las políticas del servicio de forma más

eficiente. La repartición de recursos eliminando distinciones como barreras económicas para el cuidado de la salud están dentro de los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y del orbe, a fin de que toda la población pueda acceder a servicios, con las condiciones mínimas de calidad.⁽¹⁰⁾ Las distinciones aparecen en ciertos casos, tales como los migrantes, los internos de establecimientos penitenciarios, los pueblos indígenas, entre otros.

El estado debe velar para que, en el contexto penitenciario, los internos puedan recibir los mismos cuidados de salud que tendrían en la comunidad: servicios de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación.⁽¹¹⁾ El estado peruano, al ser un país en vías de desarrollo, cuenta con mayores problemas que traen consigo mayores necesidades públicas. Las prisiones son espacios con hacinamiento, infraestructura deteriorada, y malas condiciones sanitarias.⁽¹²⁾

El ingreso a un establecimiento penitenciario es una circunstancia muy compleja tanto para la salud física como mental del individuo. El deterioro de la salud es una constante en todos los establecimientos de este tipo. Las condiciones penitenciarias suelen caracterizarse por insalubridad extrema que incluyen servicios precarios y deficientes como son el acceso al agua potable, alimentación, salud e higiene. Una de las enfermedades más comunes y que se presta poca atención, es la salud oral (especialmente en grupos socialmente desfavorecidos de la sociedad) y tiene un impacto significativo en la calidad de vida del interno. Afecta su alimentación, la autoconfianza y la integración social.⁽¹³⁾

Es necesario recalcar que la condición de interno solo priva el derecho de libertad ambulatoria o conocida como libertad de tránsito. En variadas legislaciones puede restringir otros derechos siempre en el marco de la dignidad humana, pero deben estar debidamente señalados en la sentencia. Entre los derechos que conservan los reclusos, se encuentran el derecho de expresión, educación, credo y salud⁽¹⁴⁾ y son necesarios para mantener la dignidad del hombre y lograr su reeducación, resocialización y reincorporación.

El acceso al servicio de salud cuenta con un amplio marco conceptual, sin embargo, es necesario distinguir la relevancia de características individuales y del contexto que interviene. Entre ellas las condiciones demográficas y de financiamiento, son factores que afectan la capacidad de conseguir la atención ante una necesidad de salud.⁽¹⁵⁾ Es un término que no se analiza de forma independiente, sino más bien en el contexto que se esté verificando, con sus matices especiales y características singulares en la población establecida.⁽¹⁶⁾

Según la Organización panamericana de la Salud: “Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable”⁽¹⁷⁾; esto puede deberse a que nueve de cada diez personas en todo el mundo está en riesgo de tener caries dental, enfermedad periodontal o hasta cáncer bucal; por este motivo es importante la detección temprana de estas enfermedades de la cavidad oral. Entre 1990 y 2017, el cambio porcentual en el número de casos prevalentes de afecciones bucodentales de todas las edades disminuyó en los países de ingresos altos y medianos altos y aumentó en los países de ingresos bajos y medianos bajos.⁽¹⁸⁾

Estudios sobre salud dental en Latinoamérica se resumen al de Hernández-Vásquez⁽¹⁹⁾ y su equipo de investigación que estudia en el Perú, el acceso a servicios de salud dental en menores de doce años. En Colombia Rocha Buelvas⁽²⁰⁾ destaca la deficiente infraestructura humana y física de las cárceles, la falta de reconocimiento de los problemas de salud bucal y el estado de la salud bucal de esta población en países en vías de desarrollo. De igual manera Sharmar, Parkar, Gaur y Bagri⁽²¹⁾ y su equipo investigaron en el establecimiento penitenciario de Jaipur y concluyeron que la prisión es un entorno con especiales dificultades en la promoción de la salud bucodental, y conduce a la exacerbación de conductas no saludables. La investigación del Dr. Salvador Álvarez, Valdéz-García, Cambaa-Rondón, Miranda-Reyes y Zayas-Tamayo⁽²²⁾ muestra cómo se comporta la protección a la salud y la vigilancia epidemiológica en instituciones penitenciarias en Cuba, país donde la atención está garantizada.

Uno de los principales rumbos de la salud pública contemporánea es identificar grupos de población singulares con características especiales y explorar sus problemas de salud y métodos para su cuidado. Los reclusos se consideran un grupo especial, ya que son diferentes a otras poblaciones en cuanto a su libertad de movimiento ⁽¹¹⁾ Las poblaciones penitenciarias del mundo por sus condiciones especiales se han enfrentado a un mayor estado de vulnerabilidad debido a diversos factores como son la exclusión e inequidad visible en sus circunstancias socioeconómicas, dificultades para acceder a servicios de salud para la detección, el tratamiento y la prevención de enfermedades.

Una deficiente salud bucal puede no solo provocar problemas de salud generales, sino que tiene un impacto negativo en la integración del recluso en su nuevo entorno en la prisión, así como en su reintegración a largo plazo en la sociedad y en la búsqueda de trabajo después

de que sea puesto en libertad.⁽²³⁾ La gran demanda en servicios dentales penitenciarios, la organización de la vida en prisión y la consiguiente cultura de control, seguridad y vigilancia contraviene las medidas de promoción de la salud bucal. Estos problemas sociales, culturales y estructurales deben ser atendidos cuando se trata de desarrollar una estrategia de salud bucal en las prisiones que brinde resultados reales a este grupo que de otro modo sería desfavorecido.⁽²⁴⁾

Las personas internas de un establecimiento penitenciario conservan los derechos inherentes al ser humano, entre ellos el de la salud, el cual en algunas oportunidades se encuentra relegado por políticas públicas deficientes.⁽²⁵⁾ La presente investigación tiene por objetivo describir el comportamiento del acceso a los servicios de la salud dental en los establecimientos penitenciarios del Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, de 64 centros penitenciarios pertenecientes administrativamente a ocho regiones (Tabla 1). El universo estuvo constituido por 87245 internos, que se corresponde con los datos proporcionados por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú, recopilados en el periodo 2015 al 2021.

Para la recolección de datos y el análisis estadístico se empleó el paquete profesional software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26 para Windows (SPSS Inc., de Estados Unidos). El análisis de datos es descriptivo, se realizó utilizando tablas de frecuencias, en las cuales se trabajó con la frecuencias absolutas y relativas.

El estudio se efectuó conforme a los principios bioéticos para la investigación médica en humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki enmendada por la 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La tabla 1 muestra la organización de la población penitenciaria del Perú, distribuida en 64 establecimientos asumidos para la investigación, los cuales corresponden a ocho regiones administrativas del Institucional Nacional Penitenciario.

Tabla 1. Distribución de la población penitenciaria en el Perú.

Región	Población Penal	Centros penitenciarios
Lima	41398	15

Norte Chiclayo	16403	11
Centro Huancayo	6437	9
Altiplano Puno	2458	4
Oriente Pucallpa	6200	4
Sur Arequipa	3626	6
Sur Oriente Cusco	5324	7
Nor Oriente San Martín	5399	8
Total	87245	64

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto Nacional Penitenciario del Perú

RESULTADOS

Se muestran los resultados respecto al acceso a la atención odontológica de los reclusos de varios establecimientos penitenciarios de Perú, campañas efectuadas para lograr la salud bucal en los internos, entre otros.

La tabla 2 presenta una caracterización de 64 centros penitenciarios, de los cuales 21 (32,81 %) no cuentan con servicios odontológicos, estos centros pertenecen a cinco regiones del Perú (San Martín, Cuzco, Pucallpa, Huancayo y Chiclayo). La región Lima concentra la mayor cantidad de centros penitenciarios, todos ellos cuentan con servicio odontológico en su totalidad. Se observa la presencia del profesional odontólogo en 29 (45,31 %) establecimientos penitenciarios y 35 (54,69 %) no cuentan con odontólogo.

Tabla 2. Servicios básicos para la atención odontológica en los establecimientos penitenciarios.

Región	Establecimientos Penitenciarios con servicio odontológico		Establecimientos Penitenciarios con Profesional Odontólogo		*Presupuesto para la dotación de productos para higiene bucal	
	n	%	n	%	n	%
Lima						
Sí	15	100	14	93,33	0	0
No	0	0	1	6,67	15	100
Norte Chiclayo						
Sí	4	36,36	4	36,36	0	0
NO	7	63,64	7	63,64	11	100
Centro Huancayo						
Sí	3	33,33	2	22,22	0	0
No	6	66,67	7	77,78	9	100
Altiplano Puno						
Sí	4	100	2	50	0	0
No	0	0	2	50	4	100
Oriente Pucallpa						
Sí	3	75	3	75,00	0	0

No	1	25	1	25,00	4	100
Sur Arequipa						
Sí	6	100	2	33,33	0	0
No	0	0	4	66,67	6	100
Sur Oriente Cusco						
Sí	3	42,85	0	0	0	0
No	4	57,15	7	100	7	100
Nor Oriente San Martín						
Sí	5	62,50	2	25,00	0	0
No	3	37,50	6	75,00	8	100
Resumen General						
Sí	43	67,19	29	45,31	0	0
No	21	32,81	35	54,69	64	100
Total	64	100	64	100	64	100

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto Nacional Penitenciario del Perú.

En la tabla 3 se presenta el número de atenciones recibidas por los internos en diferentes regiones del país.

Tabla 3. Atenciones recibidas por los internos de los centros penitenciarios.

Región	Población Penal 2021	*Atenciones recibidas por paciente 2021	Déficit de atención 2021	Centros penitenciarios que recibieron alguna atención	
				Sí	No
Lima	41398	30240	-11158	15	0
Norte Chiclayo	16403	10416	-5987	5	6
Centro Huancayo	6437	5191	-1246	5	4
Altiplano Puno	2458	3111	+653	4	0
Oriente Pucallpa	6200	3696	-2504	3	1
Sur Arequipa	3626	1440	-2186	3	3
Sur Oriente Cusco	5324	2659	-2665	2	5
Nor Oriente San Martín	5399	8128	+2729	6	2
Total	87245	64881	-22364	43	21

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto Nacional Penitenciario del Perú

Nota: *Pacientes que recibieron al menos una atención preventiva al año

Del total de la población penitenciaria estudiada, 64881 internos recibieron al menos una atención odontológica durante el año 2021. Sin embargo, 22364 internos de 21 centros no recibieron ninguna atención odontológica. Se aprecia que los internos de los centros penitenciarios de la región Altiplano Puno y Nor Oriente San Martín, recibieron más de una atención odontológica, los internos de las seis regiones restantes muestran déficit en este sentido.

Entre el año 2015 y 2021 se realizaron 203 campañas de salud bucal a la población penal (Tabla 4), en este periodo los centros penitenciarios de la región Lima solo realizaron 3, respecto a la totalidad de centros penitenciarios con servicio odontológico. El centro Huancayo durante este periodo efectuó campañas permanentes, para un total de 58, dado que el 66,67 % de los centros no cuentan con servicio odontológico. El norte de Chiclayo y Pucallpa durante el 2015 al 2018 no realizaron este tipo de actividades que solo se iniciaron a partir del 2016 al 2021. El año 2019 y 2021 se efectuaron la mayor cantidad de campañas de salud bucal, además se observa que se incrementaron las campañas en los centros penitenciarios, con excepción del año 2020 que disminuyó a solo 17.

Tabla 4. Campañas de salud bucal entre el año 2015 y 2021

Región	Campañas de salud bucal							Total
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Lima	0	0	1	1	1	0	0	3
Norte Chiclayo	0	0	0	0	6	5	19	30
Centro Huancayo	9	7	8	9	10	2	13	58
Altiplano Puno	0	1	1	2	2	3	2	11
Oriente Pucallpa	0	0	0	0	5	3	3	11
Sur Arequipa	6	4	5	6	1	0	3	25
Sur Oriente Cusco	3	2	1	2	3	1	0	12
Nor Oriente San Martín	6	6	9	9	13	3	7	53
Total	24	20	25	29	41	17	47	203

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del Instituto Nacional Penitenciario del Perú

DISCUSIÓN

El estudio que se presenta, muestra que la mayoría de centros penitenciarios del Perú presentan el servicio odontológico, pero como dato contradictorio la mayor parte de estos centros no cuentan con profesionales odontólogos; la población penitenciaria de la investigación es de 87245 personas; Ramírez⁽²⁶⁾ en su estudio indica que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere un odontólogo por cada 3.500 habitantes, según la actualización del 2022, de la Global Health Workforce Statistics, OMS, Ginebra en el año 2018 había 6151 odontólogos (1 odontólogo por cada 5208 habitantes)⁽²⁷⁾ esto indica una sobrepoblación de odontólogos que cubrirían adecuadamente las necesidades de salud bucal de la población peruana, e incluye la penal. La ausencia de servicios odontológicos y la falta de profesionales odontólogos contribuye al descontrol de las afecciones bucales.⁽²⁸⁾

La población penitenciaria peruana en su mayoría ha recibido al menos una atención dental en el año 2021 que es lo que recomienda la OMS, está normado por el ministerio de salud

peruano que realiza una evaluación bucal de por lo menos de una vez al año toda la población por medio del seguro integral de salud.⁽²⁹⁾ Esta evaluación periódica permite detectar enfermedades de alta prevalencia como la caries dental en dientes permanentes 29,4 %, y la periodontitis severa 9,8 %, a las que se atribuye pérdida de dientes de 3,3 %.⁽¹⁸⁾

En seis de los ocho establecimientos penitenciarios del Perú hay un déficit de atención bucal durante el año 2021; una cuarta parte de la población penitenciaria no ha recibido ningún tipo de atención dental, situación que contribuye a incrementar el problema de salud pública en los centros penitenciarios donde la prevalencia de caries, periodontitis severa y pérdida de dientes va en aumento, por lo que es de suma importancia la atención periódica, que aparte de detectar las afecciones bucales más prevalentes, también permiten evaluar lesiones de la mucosa oral que pueden detectar hasta el 99 % de los cánceres premalignos orales, por lo que el diagnóstico precoz del cáncer bucal es fundamental para salvar la vida de las personas.⁽³⁰⁾ Los tratamientos recuperativos siempre van a ser más costosos comparado con los tratamientos preventivos.

En los países en vías de desarrollo, una forma de mitigar el déficit de atención odontológica son las campañas de salud bucal donde se asegura que personas de toda condición social, económica, edad, entre otras, tengan acceso de forma más efectiva y sin costo a la atención dental, en la región Lima donde se concentra el mayor número de población penal solo hubo tres campañas de salud bucal entre los años 2015-2021, esto puede deberse a que los centros penitenciarios de la región tienen servicio odontológico y solo un centro penitenciario de la región no cuenta con profesional odontólogo. En contraste encontramos que la región centro Huancayo es la que realizó mayor número de campañas de salud bucal, la cual tiene la tercera población penal más numerosa del Perú, esto puede deberse a que es la región penitenciaria que tiene menos centros penitenciarios con servicio odontológico y la que cuenta con menos profesionales odontólogos junto con la región norte Chiclayo y sur Oriente Cusco.

El número de campañas de salud bucal se fueron incrementando desde el año 2016 hasta el 2021, solo en el año 2020 disminuyó el número de campañas, posiblemente a que en el Perú el 5 de marzo de ese año se confirmó el primer caso importado de COVID-19, posteriormente se decretó el confinamiento de la población.

Al analizar comparativamente las conclusiones de Akram Hernández-Vásquez⁽¹⁹⁾ y su equipo de investigación que estudia el acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, si bien es una población distinta a la del presente estudio, se revela que el acceso a los servicios de la salud odontológica se concentra según la región, y existe una menor atención en la región andina y una concentración mayor de servicios en las grandes ciudades urbanas. Existe una regionalización en el acceso a los servicios odontológicos, en Lima hay una centralización del servicio odontológico al contar con los 15 establecimientos penitenciarios de la región y el 93,33 % cuenta con personal odontólogo que brinda este servicio en el establecimiento penitenciario; solo igualado por la región penitenciaria del Altiplano Puno que tiene 4 establecimientos de los cuales el 100 % cuenta con el servicio, pero solo la mitad tiene profesional odontólogo y por la región penitenciaria sur que cuenta con 6 penales de los cuales el 100 % brinda el servicio, pero solo 2 de estos establecimientos presentan profesional odontólogo; existen deficiencias tanto de acceso al servicio como presencia de profesional odontólogo en establecimientos penitenciarios del norte Chiclayo, del centro Huancayo y del sur oriente Cusco.

El estado del arte ha venido tratando de dar respuestas a ello, en Colombia Rocha Buelvas⁽²⁰⁾ destaca 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. Se concluye que, la solución de la promoción para el acceso a la salud bucal, radica en realizar un proceso social amplio de interacción con los individuos privados de la libertad, para que los establecimientos penitenciarios actúen como agentes sociales, gestores de la mejora de las condiciones del interno. Esta interacción solo es posible a través de campañas preventivas de salud bucal en las cuales se coadyuve a la detección temprana de problemas bucales, pero como se puede observar en la tabla 2 existe muy pocas regiones penitenciarias que se preocupan por desarrollar campañas de salud dental. De igual forma para lograr esta promoción de acceso a la salud dental es preciso derivar el presupuesto necesario en implementos dentales y su correspondiente entrega como son: cepillos, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental; teniendo en cuenta que en la actualidad los establecimientos penitenciarios no cuentan con dicho presupuesto.

Dentro de las limitaciones de este estudio, estuvo obtener datos con más precisión tales como: número de consultas por internos, tipos de atenciones e intervenciones odontológicas

realizadas en los establecimientos. De igual manera conocer con detalle la infraestructura e implementos con los que cuentan el establecimiento penitenciario. La imposibilidad de obtener dichos datos radica en el tipo de población que asumió la presente investigación, resultado muy restringido el acceso a la información. Cabe resaltar que, si bien existió esa limitación, la información obtenida permitió describir un problema contemporáneo en el Perú, pero a su vez tan necesario investigar a través del enfoque del derecho y de la salud pública.

El acceso a los servicios odontológicos en la población penitenciaria del Perú se muestra restringida, colocándolos en situación de vulnerabilidad al estar privados de su libertad. Un mayor porcentaje de los centros penitenciarios ubicados en diferentes regiones, cuentan con un centro odontológico, sin embargo, no con un profesional odontólogo. No existe una política presupuestal para la dotación de productos para la higiene bucal. Las campañas de salud bucal que se implementan son insuficientes. El deterioro progresivo de la salud bucal, puede generar afecciones en el resto del organismo.

En nuevas investigaciones se podría continuar aportando a la temática y establecer las políticas públicas correctas que el estado debe asumir en la mejora de acceso a la salud dental y otros tipos de acceso a la salud que sufren las poblaciones privadas de libertad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización panamericana de la salud. Salud en las Américas[Internet]. OPS. 2017 [citado 01/02/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
2. Rojas Munguía R. El régimen disciplinario en los centros penitenciarios y los derechos humanos de los reclusos[Internet]. DF: Instituto de la Judicatura Federal; 2007 [citado 13/01/2023]. Disponible en: <https://escuelajudicial.cjf.gob.mx/publicaciones/revista/26/RIJ26-13DMunguia.pdf>
3. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados. Grupo del Banco Mundial [Internet]. 2017 [citado 13/06/2022]; Disponible en: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-1177-7>

4. Ley General de Salud [Internet]. Lima: Congreso de la República del Perú; 1997 [citado 01/01/2023]. Disponible en:
<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>
5. Código de Ejecución Penal [Internet]. Lima: Consejo de ministros del Perú; 1991 [citado 01/01/2023]. Disponible en
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CA470370B67D238005257E85005E5976/\\$FILE/00654.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CA470370B67D238005257E85005E5976/$FILE/00654.pdf)
6. Jelin E. Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires:Ides;2006.
7. Charvel S, Cobo-Armijo F, Reynales-Shigematsu LM, Salas J, Arrieta O, Santillán-Doherty P, et al. Necesidades de cobertura y atención del cáncer pulmonar en México. Rev. Salud Pub Mex [Internet]. 2019 [citado 08/11/2022]; 61(3). Disponible en:
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10114/11751>
8. Mota A, Bedrikow R. Sufrimiento de mujeres en una ocupación urbana de São Paulo, Brasil: un desafío para el trabajo en atención primaria de la salud. Rev. Salud Colectiva [Internet]. 2021 [citado 08/11/2022]; 17. Disponible en:
<https://www.scielo.org/article/scol/2021.v17/e3358/>
9. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria. Rev. Gerenc Polit Salud [Internet]. 2001 [citado 13/6/2022]; 1(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54510103.pdf>
10. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J, García-Saisó S. Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. Rev Salud Publica Mex. [Internet]. 2015 [citado 13/06/2022]; 57(2). Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014#n1a
11. Brugal M. El papel de la Sanidad Penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales. Rev Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2012 [citado 13/06/2022];14(1). Disponible en:
https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n1/01_editorial.pdf
12. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C. Enfermedades y acceso a tratamiento de la población penitenciaria peruana: un análisis según el sexo. Rev Española de Sanidad

Penitenciaria [Internet]. 2020 [citado 13/06/2022]; 22(1). Disponible en:

<http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/582/1106>

13. Rouxel P, Duijster D, Tsakos G, Vatio RG. Salud bucal de las reclusas en HMP Holloway: implicaciones para la promoción de la salud bucal en las prisiones del Reino Unido. Rev Dent Br [Internet]. 2013 [citado 10/06/2022]; 214(12). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.581.pdf>
14. MacFarlane IA. El desarrollo de los servicios sanitarios para los reclusos diabéticos. Rev Postgrad Med[Internet]. 1996 [citado 13/06/2022];72(846). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2398422/>
15. Andersen RM. Las Encuestas Nacionales de Salud y el Modelo Conductual de Uso de los Servicios de Salud. Rev Medical Car [Internet]. 2008 [citado 10/11/2022]; 46(7). Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2008/07000/National_Health_Surveys_and_the_Behavioral_Model.2.aspx
16. Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Rev Salud pública Méx [Internet]. 2019 [citado 10/11/2022]; 61 (6) Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v61n6/0036-3634-spm-61-06-726.pdf>
17. Organización panamericana de la salud. La salud bucodental es esencial para la salud general. [Internet]. OPS. 2022 [cited 01/02/2023]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
18. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V. et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res [Internet]. 2020 [citado 13/06/2022]; 99(4) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088322/>
19. Hernandez-Vásquez A, Azañedo D, Díaz Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo Hernández H, Vilcarromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de

- doce años en Perú, 2014. Rev Salud colectiva [Internet]. 2016 [citado 13/06/2022]; 12(3). Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/912>
20. Rocha- Buelvas A, Patiño AA, Narváez MS. Promoción de la salud bucal de las personas privadas de la libertad: una observación académica. Rev Biosalud [Internet]. 2010 [citado 13/06/2022];9(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95502010000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Sharma A, Parkar S, Gaur A, Bagri B. El impacto de encarcelación sobre el estado de nutrición y salud bucal entre reclusos del centro penitenciario de la ciudad de Jaipur, India. Rev Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2020 [citado 13/06/2022]; 22(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202020000300002
22. Salvador Álvarez M, Valdés García L, Cambara Rondón J, Miranda Reyes S, ZayasTamayo K. Vigilancia epidemiológica de la COVID-19 en instituciones penitenciarias de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 10/01/2023]; 25 (6). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3738>
23. Inquimbert C, Balacianu I, Huyghe N, Padeloup J, Tramini P, Meroueh F, et al. Applications of teledentistry in a French inmate population: A one-year observational study. Rev Plos one [Internet]. 2021[cited 13/06/2022]; 16(4). Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247778>
24. Neville P. Oral health among UK prisoners. Perspectives in Public Health [Internet]. 2015. [cited 13/06/2022]; 135(4) Available from: <https://doi.org/10.1177/1757913915586652>
25. Osses-Paredes C, Riquelme-Pereira N. Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile. Rev Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2013 [citado 13/06/2022];15(3). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/344>
26. Ramírez LM. Odontología y Ética: sobreoferta y sobreterapia. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2018 [citado 13/06/2022];12(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2018000100057&lng=es&nrm=iso&tlng=es

27. World Health Organization. Global Health Workforce statistics database [Internet]. 2022 [cited 13/06/2022]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>
28. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res [Internet]. 2017 [cited 13/06/2022]; 96(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5912207/>
29. Ministerio de salud. Niños, adolescentes y gestantes acceden a servicio dental sin costo gracias al SIS [Internet]. MINSA. 2010 [citado 13/06/2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37580-ninos-adolescentes-y-gestantes-acceden-a-servicio-dental-sin-costo-gracias-al-sis>
30. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020. [cited 13/06/2022]; 17(24). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764090/>

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses respecto a este texto.

Declaración de contribución de los autores

Conceptualización: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre.

Curación de datos: Omar Pezo Jimenez, Raúl Alberto García Castro.

Análisis formal: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre.

Adquisición de fondos: -

Investigación: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Raúl Alberto García Castro.

Metodología: Omar Pezo Jimenez, Raúl Alberto García Castro.

Administración del Proyecto: Omar Pezo Jimenez.

Recursos: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Raúl Alberto García Castro.

Software:-

Supervisión: Omar Pezo Jimenez.

Validación-verificación: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Raúl Alberto García Castro.

Visualización: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Raúl Alberto García Castro.

Redacción: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre, Raúl Alberto García Castro.

Redacción-revisión-y edición: Omar Pezo Jimenez, Ulises Massino Peñaloza de la Torre.