

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2004**
May-June

Artículo:

Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica[§]

Sergio González Barrón,*
Antonio Eugenio Rivera Cisneros,* Carlos Tena Tamayo,*
Jorge Manuel Sánchez González,* Gabriel Ricardo Manuelli Lee,*
Jorge Triana Estrada,* María Eugenia Jiménez Corona,*
José Luis Ureña Ciret,**
Javier García Hernández,**
Juan de Dios Carrillo Rocha****

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

** Universidad Intercontinental (UIC).

*** Facultad de Odontología, Universidad Tecnológica de México, UNITEC.

**** Universidad Justo Sierra.

Resumen

Introducción: Las alteraciones estomatológicas tienen una alta incidencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en México se estima que 90% de la población padece caries.

Objetivo: Identificar los principales conflictos por atención odontológica, manifestados en las quejas recibidas en la CONAMED, identificar sus principales características y emitir recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de la práctica odontológica.

Metodología: Se obtuvo la información sobre las quejas recibidas en la CONAMED del área de odontología (enero de 2001 a octubre de 2002), una vez elaboradas las recomendaciones fueron sometidas a un grupo de validación externa integrado por expertos en el área.

Resultados: Se analizaron 177 quejas; 63.3% correspondieron a mujeres y 36.7% a hombres. El grupo de edad más afectado fue el de 25-44 años con 35% de los casos; 91% de quejas fueron de servicios privados. Los motivos de queja más frecuentes estaban relacionados con el tratamiento en 75.7% de los casos. Los principales procedimientos realizados fueron: 25.6% de ortodoncia, 24.4% prótesis, y 13.3% endodoncia, el resto sin datos significativos. La principal modalidad de conclusión de las quejas fue la conciliación (53.1%). En un sub-análisis de (n = 100) se identificó mala práctica en 43% de casos. Así mismo, se identificaron problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente.

Conclusiones: Los factores identificados en las quejas, tales como la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, falsas expectativas de los pacientes y el incumplimiento de obligaciones, fueron considerados en las recomendaciones elaboradas.

Palabras clave: Odontología legal.

Abstract

Introduction: The stomatologic alterations have a high incidence according with World Health Organization. In Mexico about 90% of the population have caries.

Objective: To identify principal conflicts for dental attention observed in the complaints received in the CONAMED, and to generate recommendations directed to improve the quality of the dental practice.

Methodology: Information about complaints received in the CONAMED (January 2001 to October 2002). Once elaborated the recommendations were submitted to a External Validation Group integrated by experts in the area.

Results: It 177 complaints were analyzed; 63.3% corresponded to women and 36.7% to men. The most affected age group patients was 25-44 years old with 35% of cases; 91% of complaints was of private services. The most frequent causes of complaint were related to the treatment in 75.7% of cases. The principal procedures were: 25.6% orthodontics, 24.4% prosthesis, 13.3% endodontics, the rest with no significance the modality of conclusion of

[§] Artículo publicado en el volumen 8, número 1 de la Revista CONAMED, se reproduce con autorización.

the complaints was the conciliation (53.1%). In a special sub-analysis of cases (N=100), malpractice was present in 43% of cases. Likewise the principal origin of identified problems were related with lack of communication or problems of communication between health personnel and their patients.

Conclusions: Identified factors in the complaints are related to the lack of communication among the health professional and patient, false expectations of the patients and to the breach of obligations.

The factors identified in the complaints, are related to lack of communication among health personnel and their patients, false expectations of the patients and with the breach of obligations, they were considered in proposed recommendations.

Key words: Legal dentistry.

Introducción

Las enfermedades de mayor incidencia en estomatología, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, alteraciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales y fluorosis dental.¹

Las alteraciones estomatológicas por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral, rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del sistema de salud y de la población. Los focos infecciosos en boca son factores de riesgo y predisponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico-degenerativas que afectan la salud del individuo.

Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano. Por este motivo es necesario unificar y establecer criterios de atención a la salud bucal, con especial énfasis en la prevención, en los sectores privado y público. Así como mejorar la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población.

Antecedentes

Menos del 5% de individuos se ven libres del ataque de la caries dentaria, lo cual indica que posiblemente se trata de la enfermedad predominante de la humanidad. No es extraño, que el primer ataque carioso se produzca poco después de la erupción de los primeros órganos dentarios primarios.^{2,3} Estadísticamente, la predominancia de caries dental, suele expresarse mediante un índice llamado CPO, es decir la suma del número de dientes permanentes con lesiones cariosas, el número de dientes extraídos y el número de dientes con restauración u obturados. En México, los individuos de 20 años de edad, presentan un promedio de casi 15 dientes atacados por caries dentaria. De

tales dientes, sólo se han restaurado 6, mientras que un promedio de 5 órganos dentarios han sido extraídos. En los adultos mayores, aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, por consiguiente se señala que por encima de los 50 años, faltan en promedio 20 dientes o más. Casi el 100% de la población mexicana manifiesta cierto grado de enfermedad periodontal destructiva crónica hacia los 45 años de edad.⁴ Estas cifras contrastan con las que se observan en el *cuadro I* y observadas en individuos de 20-30 años de edad.⁵⁻⁷

A continuación se cita información relevante referente a otras patologías estomatológicas:

1. El 80% de la población norteamericana, padece enfermedad periodontal (gingivitis-periodontitis).⁸
2. El 13% de la población del Reino Unido, antes de cumplir los 21 años, ya ha perdido la totalidad de sus órganos dentarios.⁹
3. El 96% de la población mundial padece caries.^{10,11}
4. El 90% de la población mexicana padece caries.

Cuadro I. Índice CPO en individuos de 20-30 años de edad en diferentes países.

Núm. de orden	País	(% CPO)
1	Etiopía	1.0
2	India (Punjab)	1.5
3	Myanmar	2.0
4	Tailandia	3.0
5	Libano	4.0
6	Esquimales Alaska	7.0
7	Ecuador	8.0
8	Chile	12.0
9	México	15.0
10	Colombia	17.0

5. La OMS considera a la caries y a la enfermedad periodontal, como 2 de las afecciones de más alta incidencia, a nivel mundial.
6. El 50% de toda la población mundial, presenta algún signo de disfunción de la articulación temporomandibular (proporción de mujeres-hombres 3:1).¹²
7. El 50% de niños sin maloclusión, tienen malos hábitos que los inducen subsecuentemente.¹³
8. La prevalencia de la maloclusión en los Estados Unidos oscila entre el 60 y 65% (sólo el 35% posee oclusión normal).^{14,15}
 - Maloclusión de causa desconocida 60%
 - Maloclusión de causa conocida¹⁶⁻¹⁸ 5%
9. En los Estados Unidos, el 100% de la población requiere asistir con el profesional de la salud bucal, el 40% lo hacen durante el año y sólo el 15% acude con regularidad.^{19,20}
10. En los Estados Unidos, la proporción de curación de un cáncer oral, no sobrepasa el 30%.²¹⁻²³

En México las estadísticas relacionadas con los servicios de odontología reportadas hasta 1999 señalan que los profesionales de la salud bucal se distribuyen de la siguiente manera: 70.1% atienden a población abierta y 29.9% a población derechohabiente. Los profesionales de la salud bucal que atienden a población derechohabiente se distribuyen en las siguientes instituciones, principalmente: IMSS (47%), ISSSTE (28%), SEDENA (14%) y el 11% restante corresponde a otras instituciones. Los profesionales de la salud bucal que atienden a la población abierta corresponden a la Secretaría de Salud (55%) y el restante 45% a otras instituciones en donde se incluyen los servicios privados de odontología.²⁴

Metodología

A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas relacionadas con odontología, durante el periodo de enero de 2001 a octubre de 2002. Se analizó la información derivada del SAQMED de las siguientes variables: edad y género de los pacientes, tipo de institución en donde fue atendido, entidad federativa, tipo de procedimiento realizado, algunas características del profesional de la salud bucal que lo atendió, el motivo de la queja y la modalidad de conclusión de la misma. Posteriormente se analizó la valoración médica integral (VMI), para obtener información más específica sobre los casos, cuando esto fue posible. Para el análisis se empleó estadística descriptiva, para este propósito se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Una vez concluido el estudio, éste fue sometido a una validación externa, reali-

zada por expertos del área de odontología con la finalidad de analizar y consensar las recomendaciones elaboradas por la CONAMED.

Resultados

Se analizaron 177 quejas correspondientes al área de odontología de enero de 2001 a octubre de 2002, 114 (64.4%) correspondieron al primer año y 63 (35.6%) al segundo. De acuerdo al género el 63.3% de las quejas correspondieron al femenino y el 36.7% al masculino.

La distribución de la edad de los pacientes por grupos fue la siguiente: el primer lugar fue para el grupo de 25-44 años con 62 casos (35.0%), el segundo lugar fue para el grupo de 45-64 años con 60 casos (33.9%), el tercer sitio fue para el grupo de 15-24 años con 22 casos (12.4%), los porcentajes para los grupos de edad restantes se observan en la *figura 1*.

De acuerdo al tipo de institución en donde recibieron la atención odontológica los casos se distribuyeron de la siguiente forma: en primer lugar los servicios privados con 161 casos (91%), en segundo lugar los de seguridad social con 15 casos (8.5%) y en último lugar los servicios públicos con un solo caso (0.5%) (*Figura 2*).

Por entidad federativa la mayor parte de las quejas correspondieron al D.F con 134 casos (75.7%), el segundo lugar fue para el Estado de México con 18 casos (10.2%), el tercero para Sonora con 4 casos (2.3%) y los 21 casos restantes (11.9%) correspondieron a otras entidades (*Figura 3*).

Los motivos de queja que refieren los pacientes están relacionados con el tratamiento de rehabilitación en el 75.7% de los casos, seguidos por quejas relacionadas con tratamiento quirúrgico con 15.8%, en tercer lugar los problemas originados en la relación dentista-paciente con 3.4%, el 1.1% correspondió a problemas en el diagnóstico, los problemas relacionados con los auxiliares de diagnóstico y tratamiento fueron el 0.6% y finalmente el grupo de otros correspondió al 3.4% de las quejas (*Figura 4*).

En cuanto al tipo de procedimiento realizado, se obtuvo información en 90 casos, los procedimientos realizados en orden decreciente fueron de ortodoncia (25.6%), prótesis (24.4%), endodoncia (13.3%), exodoncia (12.2%), cirugía bucal y maxilofacial, así como operatoria dental con 7.8% cada uno, implantes con 6.7% y parodoncia con 2.2%; como se aprecia en la *figura 5*.

Algunas características de los profesionales de la salud bucal que atendieron a los pacientes fueron: 28.0% del género femenino y 72.0% del masculino (*Figura 6*). El rango de edad de los profesionales de la salud bucal estuvo entre 27 y 62 años, con un promedio de 41.7 (D.E. 8.7). Por quinquenios de edad la mayor parte de los profesionales de la salud bucal correspondieron al grupo de

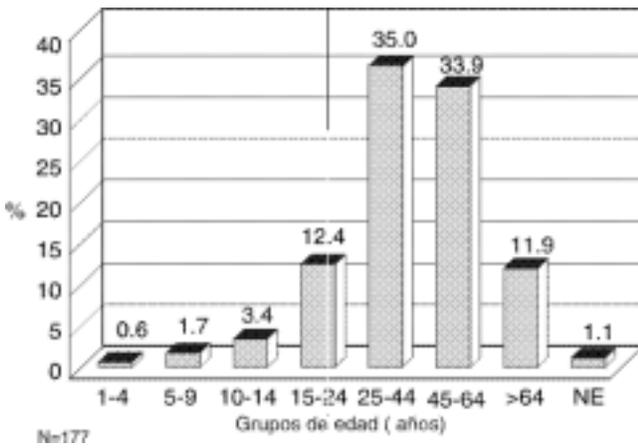


Figura 1. Quejas de odontología de acuerdo a grupos de edad, CONAMED 2001-2002.

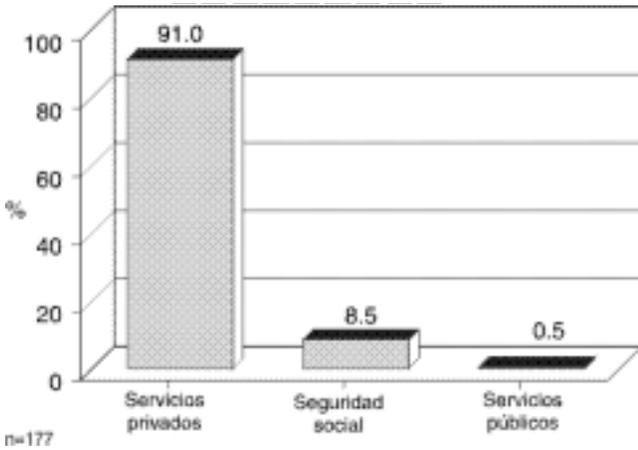


Figura 2. Quejas de odontología de acuerdo al tipo de institución, CONAMED 2001-2002

edad de 40-44 años, seguidos del grupo de 30-34 años con 18.4% y en tercer lugar los grupos de 35-39 años y el de 50-54 años con 14.9% cada uno (Cuadro II).

Las principales modalidades de conclusión de las quejas de odontología correspondieron a los siguientes tipos: el primer lugar fue para la conciliación (53.1%), el segundo lugar quejas enviadas a arbitraje (11.9%), otras modalidades se observan en el cuadro III.

Se llevó a cabo un sub-análisis de 100 casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en el 57% existió buena práctica, desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por CONAMED y el 43% tuvieron alguna deficiencia en atención, manejo inadecuado o mala práctica (Figura 7).

En las quejas de odontología se identifican problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o

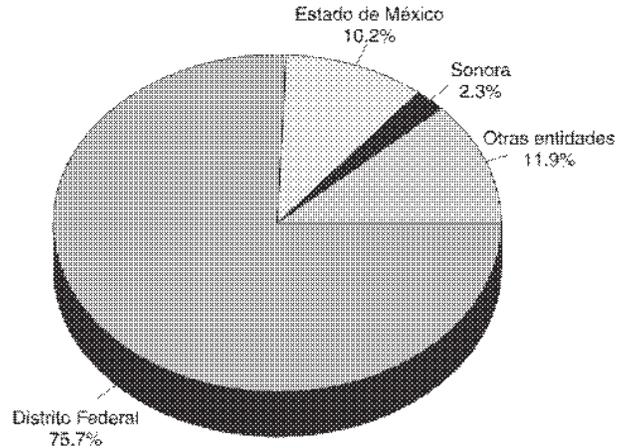


Figura 3. Quejas de odontología por entidad federativa, CONAMED 2001-2002

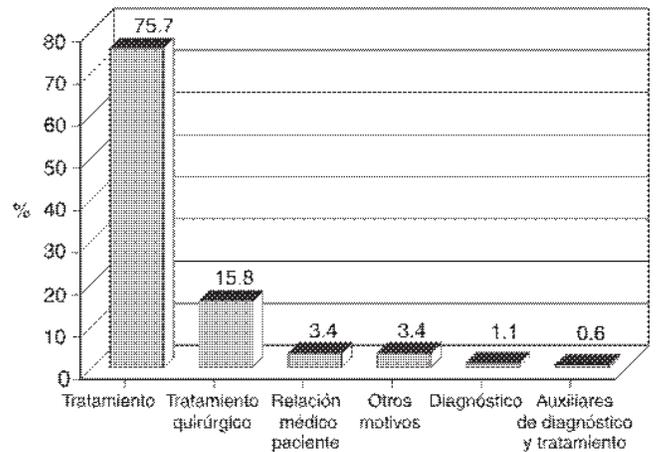


Figura 4. Fases de la atención que originaron las quejas de odontología, CONAMED 2000-2001

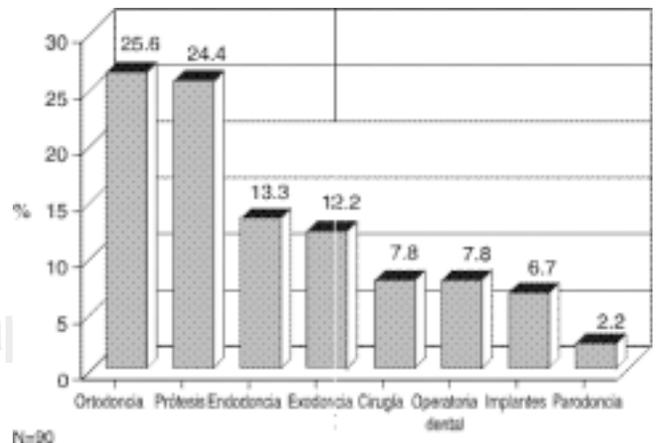


Figura 5. Quejas de odontología por tipo de procedimiento, CONAMED 2001-2002

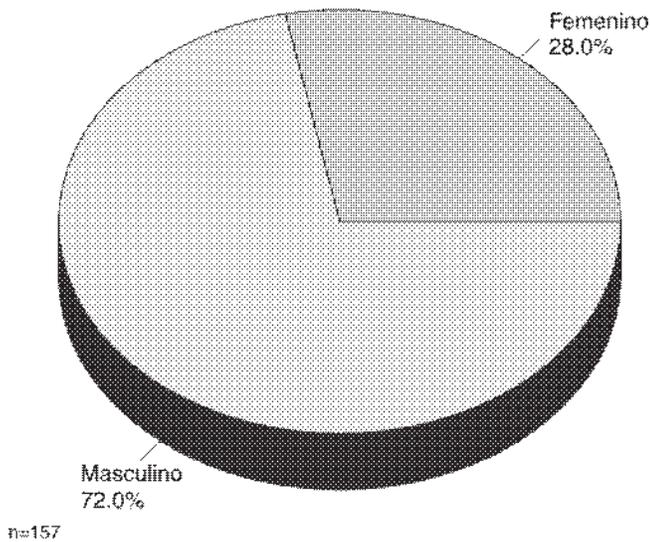


Figura 6. Quejas de odontología de acuerdo al género del C.D. que atendió el caso, CONAMED 2001-2002

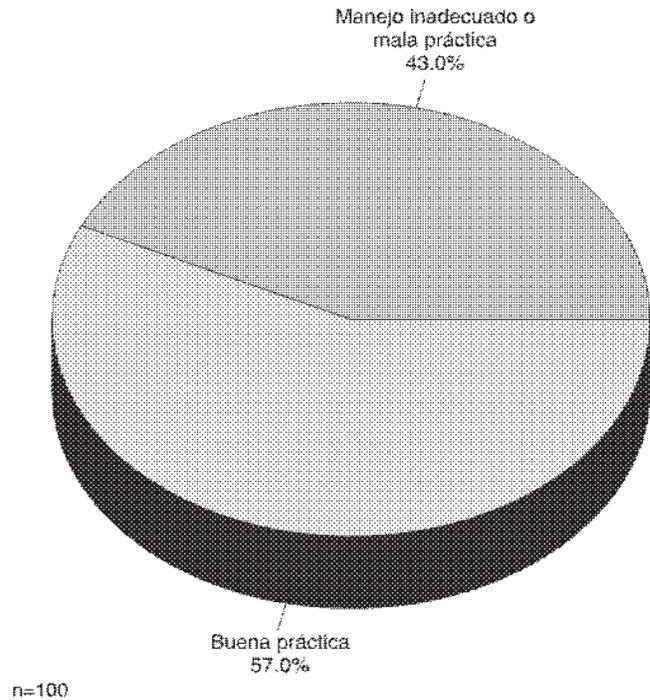


Figura 7. Tipo de práctica odontológica en las quejas de la CONAMED.

Cuadro II. Edad de los profesionales de la salud bucal en las quejas de odontología, CONAMED 2001-2002.

Edad	Frecuencia	%
25-29	5	5.7
30-34	16	18.4
35-39	13	14.9
40-44	24	27.6
45-49	9	10.3
50-54	13	14.9
55-59	3	3.4
60-64	4	4.6
Total	87	100.0

Cuadro III. Modalidad de conclusión de las quejas de odontología, CONAMED 2001-2002.

Resultado	Frec.	%
Conciliadas	94	53.1
Enviadas a arbitraje	21	11.9
No conciliadas	20	11.3
Falta de interés de alguna de las partes	19	10.7
No concluidas	23	13.0
Total	177	100.0

- Maltrato al paciente.
- No se proporciona al paciente y sus familiares explicaciones sobre su tratamiento en términos accesibles.
- No se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento.
- No se informa el costo y riesgo/beneficio de la atención (probabilidades de fracaso del tratamiento).
- Inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio.
- Delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal.
- Modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

Discusión

En el análisis de las quejas odontológicas recibidas ante la CONAMED, es importante enfatizar y destacar, que en nuestro país se cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado.

Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y por supuesto la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

Al realizar el análisis de los casos (n = 100) con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención esto-

problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente, como los que se señalan a continuación:

matológica, se observó que en 57% de los casos existió buena práctica y 43% tuvieron alguna deficiencia en la atención brindada desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por la CONAMED (manejo inadecuado o mala práctica). En estos casos las irregularidades con mayor frecuencia se citan a continuación: En primer lugar, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente puede englobarse de la siguiente manera: maltrato al paciente, el profesional de la estomatología no se explica con términos accesibles ante el usuario, no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado), caer en inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio, así como la delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal y finalmente, la modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

En segundo lugar, la emisión de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia sus pacientes, reseñadas de la siguiente forma: Uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas.

En tercer lugar, el incumplimiento de obligaciones:

- De medios: Ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado²⁵⁻²⁷ que se remiten en anulación del sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente, carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, estudios de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico), así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.
- De seguridad: Exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario.
- De resultados: Insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos *a priori* por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

En cuarto lugar, el desconocimiento del profesional de la salud bucal de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, que regulan la normatividad del ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con sus pacientes.

En quinto lugar, el anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.^{28,29}

En sexto lugar, matización de una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de intereses personales del profesional de la salud bucal a los del paciente, una ausencia de actualización profesional, al ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la pro-

fesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.²⁹⁻³⁴

Finalmente, cabe enfatizar que el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son las razones que sustentan el existir de la profesión odontológica.

Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica

1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.^{20,21}

- Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.
- Intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva.
- Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica, así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios bucales preexistentes.
- Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo.

2. Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.

Atender a los contenidos de las siguientes disposiciones:

• Ley General de Salud

Área consultorio

(Art. 59, NOM 178 SSA1-1998, NOM 197 SSA1-2000)

Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

Botiquín urgencias (Art. 245 Reglamento Ley General de Salud) El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas, son insumos que establecen las NOM 013-SSA2-1994, NOM 178-SSA1-1998, NOM 197-SSA1-2000.

Curso básico de RCP (Art. 245 Reglamento Ley General de Salud). Los cirujanos dentistas y personal auxiliar del consultorio dental sin excepción deben contar con curso básico de RCP. NOM 013-SSA-2-1994.

Receta médica (Art. 37 y 64 del Reglamento Ley General de Salud). Debe contener: Nombre del médico, nombre de institución que la expide, título y cédula profesional, domicilio y nombre del establecimiento y fecha de expedición.

Instrumental y equipo (Art. 245 del Reglamento Ley General de Salud) El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a la NOM 197-SSA-2000 y NOM 178-SSA1-1998.

Normas Oficiales Mexicanas

Marco Legal

NOM 013 SSA2-1994. (Para la prevención y control de enfermedades bucales).

NOM 010 SSA-1993. (Para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana).

NOM 087-ECOL-1997. (Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológica).

NOM 168 SSA1-1998. (Del expediente clínico).

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal

- Obligación de medios: Todos los recursos empleados para poder obtener un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico; sobresaliendo los medios auxiliares de diagnóstico y la elaboración del expediente clínico.
- Obligación de seguridad: Son todos los medios utilizados para prevenir cualquier accidente.
- Obligación de resultados: La odontología en algunos procedimientos podrá comprometer resultados, pudiendo ser éstos funcionales o estéticos.

3. Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares o representantes legales.

- Establecer una comunicación clara, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares.
- Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.
- Enterar de las posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, sin crear falsas expectativas.
- Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca.
- Proponer, las alternativas idóneas para el tratamiento del paciente, considerando para ello las circunstancias de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos científicos.
- Respetar los derechos del paciente,³⁶ así como de otros profesionales de la salud.
- Ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales demostrando empatía e interés por su padecimiento.

4. Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.^{36,37}

- El expediente es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación del profesional de la salud bucal y el paciente, desde el punto de vista jurídico y clínico.
- Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.
- Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.²⁷
- Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal-paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio.
- Elaborar el expediente de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso.

5. Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.

- Considerar al paciente como un ente integral.
- Evitar simular o demorar tratamientos.
- Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional.
- Recurrir a una actualización continua.
- Salvaguardar siempre la integridad física del paciente.
- Fomentar una atención especializada y multidisciplinaria cuando el caso lo requiera.
- El profesional de la salud bucal tiene el deber de brindarse al servicio de su actuar con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares.

Bibliografía

1. Arnin SS. Microcosms of the Human Mouth. *J Tenn Dent Assoc* 1995.
2. Selected dental Findings in adults by Age, Race and Sex. *Wash. D.C. Press*, 1985.
3. Amid I. Clinical Diagnosis of Precavitated Carious Lesions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 4: 854-855.
4. Russell AL. Dental Disease in Latin America. *Am Com Dent J* 1993.
5. Day CDM, Sewich HJ. Dental caries in Northern India. *Br Dent J* 1994. Vol XIX: 1518-1519.
6. Malherbe M, Ockerse T. Dental Caries in North Africa. *Afr J Med Sci* 1994; Vol XIII: 789-793.
7. Price WA. Eskimo and Indian Field Studies in Alaska and Canada. *J Am Dent Assoc* 1998; 2: 297-298.
8. Curd MLB, Mongardini C et al. The Effect of Full Mouth Disinfection of different intra-oral Niches. Clinical and microbial observations. *J Clin Periodontol* 1998.

9. Abbot F. Caries of Human Teeth. *Dent Cosmos* 1997.
10. Imfeld TN, Marthaler TM. Predictions of Future caries increments for children. *J Dent Educat* 1995.
11. Bowen WH. Immunologic Aspects of Dental Caries. Special Supplement to immunology. Abs Tracks. *Wash, D.C.* 1996.
12. Collins MR. Temporomandibular Joint: diagnosis. Current concepts in Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1991.
13. Morris AL, Bohannon HM. Dental Specialties in General Practice. *W.B. Saunders, Co. Philadelphia*, 1993.
14. Graber TM, Rakosi T, Petrovic AG. Dentofacial Orthopedics with Functional Appliances. St. Louis: CV: *Mosby Co*, 1985.
15. Mc Namara JA, Ribbens KA, Editors. Malocclusion and The Periodontium. *Ann Arbor*, 1987. Univ. of Michigan Press.
16. Gorlin RJ, Pindborg JI, Coben MM. Syndromes of the Head and Neck. Ed. 2. New York, Mc Graw Hill, 1990.
17. Atlas of Orthodontics. Principles an clinical applications. *WB: Saunders Co. Harcourt Brace and Co. Philadelphia*. 1993.
18. Contemporary Orthodontics. Mosby-Year Book, Inc. Ackerman, Sinclair, Thomas, Tulloch. 1993.
19. Chasteen JE. Essentials of Clinical Dental Assisting. *The CV Mosby, Co.*, 1995.
20. Russell AL. Measures Available for the Prevention an control of oral Diseases. WB Saunders Co., 1994.
21. Cahn LR, Slaughter. Oral Cancer, a Monograph for the Dentist. New York, AM. *Cancer Coc.*, 1992.
22. Dollr. Uncovering the Effects of Smoking. *Stat Methods Med Res* 1998; 7: 87-95.
23. La Vecchia C, Boyle PF et al. Smoking and Cancer. *Eur J Cancer* 1991.
24. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. 1999; 1: 62-63.
25. Warner R, Segal H. Ethical Issues of Informed Consent In Dentistry. Chicago, Ill. Quintessence Publ. Co.; 1980: 115.
26. Faden R, Beauchamp TI, King NNP. A History and Theory of Informed Consent. New York, NY, Oxford University Press, 1986.
27. NOM 168 para la Elaboración, Integración y uso del Expediente Clínico. Ley General de Salud. Editorial Porrúa. P. 94.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios. Ley General de Salud. Editorial Porrúa.
29. Jong A, Heine CS. The Teaching of Ethics in the dental Hygiene Curriculum. *J Dental Educ* 1988; 52: 306-308.
30. Sandowsky D. Moral Dilemmas of Multiple Prescription in the dentistry. *J Am Coll Dent* 1979; 46: 235-248.
31. Veatch RM. The Case For Contract in Medical Ethics: The Moral Fabric of the Patient Dentist Relationship. Dordrecht, Howand: D. Reidek Publico, 1983: 105-112.
32. Rule JT, Veatch RM. Ethical Questions in Dentistry. Quintessence Publishing Co, Inc, 1993.
33. Odom JG. Recognizing and Resolving Ethical Dilemmas in Dentistry. *Med Law* 1985; 4: 543-549.
34. Holloway JA, McNeal DR, Lotzkar S. Ethical Problems in Dental Practice. *J Am Coll Dental* 1985; 52: 12-16.
35. Carta Derechos de los pacientes.
36. Carta de los Derechos Generales de los pacientes. Diciembre, 2001 CONAMED.
37. NOM 013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Reimpresos:

Luis E. Hernández G.

Mitla 250 esquina Eugenia

Col. Vértiz, México D.F. C.P. 03020

Teléfonos: 5420-7103, 5420-7032

Correo electrónico: cendo@conamed.gob.mx

jorge.sanchez@conamed.gob.mx

Este documento puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm