

## Artículo de Reflexión

# Análisis bioético de decisiones terapéuticas en odontopediatría en contexto vulnerable: pulpectomía o exodoncia según el modelo deliberativo de Thomasma y Pellegrino

### Autores:

Sebastián Rodrigo Zamorano Vidal<sup>1</sup> / ORCID: 0009-0004-3725-4204 / [szamoranov@uft.edu](mailto:szamoranov@uft.edu) 

Ana Beatriz Silva Lopes<sup>2</sup> / ORCID: 0000-0003-4695-243X [ana.silva@uss.cl](mailto:ana.silva@uss.cl) 

Patricia Nidia Moya Rivera<sup>1</sup> / ORCID: 0000-0002-8442-2571/ [pmoya@uft.cl](mailto:pmoya@uft.cl) 

<sup>1</sup> Observatorio de Salud Pública Oral, Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

<sup>2</sup> Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

### Resumen

DOI: <https://doi.org/10.82238/rscuandes.0501.01>

**Introducción:** La toma de decisiones clínicas ante caries extensas en dentición temporal representa un desafío habitual en odontopediatría, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad social. En países como Chile, donde persisten inequidades en salud bucal infantil. **Objetivo:** analizar las alternativas terapéuticas desde un enfoque ético, considerando además las divergencias en recursos y acceso a tratamientos. **Metodología:** Se aplicó el modelo deliberativo de Thomasma y Pellegrino, que comprende cinco etapas: identificación de alternativas clínicas, definición de objetivos terapéuticos, análisis de los valores del paciente y su familia, revisión de aspectos éticos involucrados y deliberación para determinar la opción más prudente. Se analizó un caso clínico hipotético de necrosis pulpar en un molar primario, evaluando las opciones terapéuticas de pulpectomía y exodoncia. **Resultados:** El análisis evidenció que las condiciones sociales influyen significativamente en las decisiones clínicas, afectando no solo el acceso a tratamientos oportunos sino también la capacidad del paciente pediátrico para participar genuinamente en la toma de decisiones. Este caso resalta la necesidad de incorporar herramientas deliberativas que reconozcan las limitaciones contextuales, sin dejar de considerar la experiencia subjetiva del niño y su autonomía progresiva. **Conclusión:** El modelo deliberativo demostró ser una herramienta útil para abordar dilemas clínicos en contextos complejos; sin embargo, se requiere complementarlo con enfoques que integren la realidad social y promuevan activamente la autonomía progresiva del paciente pediátrico.

**Palabras clave:** Ética Clínica; Odontología Pediátrica; Toma de Decisiones; Necrosis de la Pulpa Dental; Salud Bucal

## Abstract

**Introduction:** Clinical decision-making in cases of extensive caries in primary teeth is a common challenge in pediatric dentistry, especially in contexts of high social vulnerability. In countries such as Chile, where inequalities in children's oral health persist. **Objective:** To analyze therapeutic alternatives from an ethical perspective, also considering differences in resources and access to treatment.

**Methodology:** The deliberative model of Thomasma and Pellegrino was applied, which comprises five stages: identification of clinical alternatives, definition of therapeutic objectives, analysis of the values of the patient and their family, review of the ethical aspects involved, and deliberation to determine the most prudent option. A hypothetical clinical case of pulp necrosis in a primary molar was analyzed, evaluating the therapeutic options of pulpectomy and extraction. **Results:** The analysis showed that social conditions significantly influence clinical decisions, affecting not only access to timely treatment but also the pediatric patient's ability to genuinely participate in decision-making. This case highlights the need to incorporate deliberative tools that recognize contextual limitations, while still considering the child's subjective experience and progressive autonomy. **Conclusion:** The deliberative model proved to be a useful tool for addressing clinical dilemmas in complex contexts; however, it needs to be complemented by approaches that integrate social reality and actively promote the progressive autonomy of the pediatric patient.

**Keywords:** Ethics, Clinical; Pediatric Dentistry; Decision Making; Dental Pulp Necrosis; Oral Health

## Introducción

La caries dental es una enfermedad crónica con alta morbilidad y un problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia de hasta un 90% en niños y adolescentes en América del Sur (1, 2). En Chile, la caries dental en niños también es considerada un problema de salud pública de gran magnitud. Segundo datos del Ministerio de Salud, más del 70% de los niños de 6 años presentan caries (3), y en la mayoría de los casos, no reciben tratamiento oportuno. Un estudio reciente reveló que en comunas de bajo nivel socioeconómico, la prevalencia de caries no tratadas alcanza el 53,9%, en contraste con el 17,1% observado en sectores más favorecidos (4). Estas cifras evidencian no solo la alta carga de enfermedad, sino también una profunda desigualdad en el acceso a la atención odontológica.

**Especificamente, la caries temprana de la infancia** es una enfermedad prevenible y prevalente que afecta a casi la mitad de los niños de 0 a 5 años en todo el mundo (5). Las lesiones cavitadas no tratadas en dientes temporales se asocian a un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) y con la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) de los niños en edad preescolar y sus familias (6).

La necrosis en molares primarios suele originarse por caries no tratadas. La acumulación de placa bacteriana, especialmente en presencia de una dieta rica en azúcares y escasa higiene bucal, provoca la desmineralización del esmalte. A medida que la lesión avanza, penetra rápidamente en la dentina y la pulpa, debido a la estructura más permeable de los dientes temporales y una mayor amplitud de la cámara pulpar. Si no se realiza un tratamiento oportuno, existen sólo dos opciones según la medicina basada en la evidencia (MBE): pulpectomía (tratamiento endodóntico en niños) o exodoncia (extracción dental). Es importante destacar que, no existe un consenso en relación cual es la mejor opción en dientes primarios (7)

La guía clínica de la Academia Americana de Odontopediatría (AAP) recomienda la pulpectomía como indicación de tratamiento. Esta indicación tiene como objetivo el mantener el espacio, el crecimiento y la integridad del arco dentario (8). Por otro lado, en el Reino Unido, la guía clínica indica que la extracción es la estrategia de tratamiento más comúnmente adoptada para molares temporales con caries severas (9).

Recientemente se publicó un estudio clínico aleatorizado que evaluó el impacto de dos tratamientos distintos, **pulpectomía y extracción dental**, en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de niños con molares primarios necrosados. Los principales resultados refieren que ambos tratamientos mejoraron significativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños, sin embargo, la pulpectomía mostró un mayor impacto positivo, especialmente en la dimensión “función” (comer, hablar) y “síntomas” (dolor) (10). Es importante considerar que los estudios actuales indican que la pérdida temprana de los dientes primarios puede influir de manera desfavorable en la autopercepción del niño y su funcionamiento oral (11), con las consecuencias que esto podría acarrear durante su curso de vida.

La adopción de diferentes puntos de vista por parte de profesionales o sociedades científicas suele responder a distintas percepciones sobre los avances en odontología y sus resultados en función del comportamiento de los pacientes. Esto hace cada vez más complejo identificar ‘lo mejor’ o ‘más deseable’ para cada caso. Ante esta dificultad, se configura un dilema ético-clínico (12).

Los dilemas éticos se interpretan como “La dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente” donde el razonamiento se divide en 2 fases: 1) Lo médico-odontológico propiamente tal, 2) Lo ético, donde se busca discernir lo correcto o incorrecto de los actos humanos. Al momento de entrar en lo conceptual que permite identificar lo “bueno” y lo “malo” existen diferentes modelos teóricos donde se encuentran modelos utilitaristas, personalista, deontológico. Estos pueden responder a visiones o experiencias previas del profesional de la salud que se enfrente al dilema ético.

La búsqueda de una metodología que permita describir un dilema ético es clave para incorporar de manera objetiva el relato de hechos y la ponderación de estos. En el momento de establecer y utilizar una metodología se busca que dos personas que analizan un mismo caso, obtengan resultados equivalentes y así validar el método. El modelo bioético de Thomasma y Pellegrino, es un modelo normativo, que combina una fase descriptiva y una fase de juicio ético (13), que ofrece un marco metodológico claro y de utilización simple para clínicos, para analizar el dilema bioético de la recomendación de pulpectomía o extracción en molares primarios con necrosis pulpar, consecuencia, de caries no tratadas.

## Metodología

Para este estudio, se utilizó el modelo bioético propuesto por Thomasma y Pellegrino (5 puntos), donde se busca ponderar el dilema ético que ocurre al tomar la decisión de realizar una pulpectomía o exodoncia en el caso de molares primarios con necrosis pulpar. Se trata de un caso clínico-ético hipotético.

El modelo de Thomasma y Pellegrino en la fase descriptiva (primeros 3 puntos), busca describir y comprender el caso considerando los hechos médicos y los valores de las partes involucradas.

La fase descriptiva comprende:

1. Descripción de los hechos médicos del caso
2. Descripción de los valores (metas e intereses de todas las partes involucradas):
3. Indicar cuál es el principal conflicto de valores

La fase de juicio ético abarca los puntos 4 y 5, que implica la toma de decisiones éticas y la justificación de la elección:

4. Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número posible de valores en el caso
5. Defender la decisión tomada

## Caso ético clínico hipotético

Juan, niño de 7 años (no es beneficiario del GES de salud oral integral para niños de 6 años), vive en una comuna de bajo nivel socioeconómico en Santiago de Chile. Su madre, que trabaja a tiempo completo en dos trabajos de jornada parcial, tiene dificultades para acceder a servicios de salud dental debido a restricciones económicas y falta de tiempo. Juan asiste a una escuela pública donde se observa una alta prevalencia de caries dental no tratadas entre los estudiantes. Además, la dieta de Juan es rica en alimentos procesados, con un consumo elevado de azúcares, y su higiene bucal es deficiente debido a la falta de recursos para adquirir productos odontológicos adecuados y la escasa educación en salud bucal.

Desde los 4 años, Juan ha presentado caries en sus molares primarios, que progresaron sin tratamiento. A los 6 años, uno de sus molares superiores (5.5) presenta signos evidentes de necrosis, con dolor intenso y absceso visible en la encía. Debido a la demora en la atención, el daño es irreversible y se plantea la posibilidad de realizar una pulpectomía o una exodoncia (extracción del diente). Sin embargo, el acceso al tratamiento odontológico se ve limitado por la presencia de barreras económicas y falta de acceso a profesionales.

### Tema de Reflexión

Aplicación del modelo bioético propuesto por Thomasma y Pellegrino (5 puntos)

1. Descripción de los hechos médicos del caso: El molar afectado en este caso es el molar primario superior izquierdo, específicamente la pieza dental 5.5. Este molar, parte de la dentición temporal de Juan, es crucial para la masticación y el adecuado desarrollo de la estructura ósea y dental en la infancia. Los molares primarios, como el 5.5, deben mantenerse en boca hasta aproximadamente los 10-12 años, cuando serán reemplazados por los premolares permanentes. Durante este tiempo, ayudan en la alineación de los dientes permanentes y en el correcto desarrollo del habla y la masticación.

Juan presenta una caries profunda en esta pieza, que ha progresado a un estado de necrosis pulpar. El daño es tal que las opciones de tratamiento disponibles son una pulpectomía (tratamiento de conductos para eliminar la pulpa infectada y preservar el diente) o, en caso de que no sea posible salvar el diente, la extracción del molar afectado. La pérdida prematura de este diente, antes de los 12 años, podría comprometer el desarrollo adecuado de la dentición permanente, desencadenando posibles maloclusiones o malposiciones dentales que podrían requerir tratamientos ortodónticos en el futuro.

2. Descripción de los valores en juego: Para Juan, el paciente, su principal valor es el bienestar físico, que incluye aliviar el dolor y evitar complicaciones futuras como infecciones crónicas o malformaciones dentales. Además, su calidad de vida depende de que se mantenga una adecuada función masticatoria y estética dental, lo que le permitirá desarrollarse sin dificultades en su habla y nutrición.

Para los padres de Juan, el valor fundamental es la salud de su hijo. Sin embargo, también enfrentan limitaciones económicas y de acceso a la atención odontológica, lo que influye en su capacidad para tomar

decisiones sobre el tratamiento. Los padres pueden experimentar un conflicto entre su deseo de proporcionar lo mejor para su hijo y las restricciones de tiempo, dinero y recursos, lo que puede llevar a la priorización de soluciones menos costosas o menos invasivas, incluso si ello implica un riesgo para la salud dental a largo plazo.

Para el cirujano dentista, el valor primordial es la responsabilidad profesional de brindar el mejor tratamiento disponible y actuar en el interés del paciente, lo que implica tomar decisiones clínicas fundamentadas en la evidencia y en la ética médica. Además, el dentista debe considerar evitar causar daño al paciente, lo que podría suceder si no se trata adecuadamente la necrosis pulpar. El valor de la justicia social también juega un papel importante, ya que el profesional tiene la responsabilidad de ofrecer un tratamiento accesible y adecuado, independientemente de la situación socioeconómica del paciente.

En conjunto, estos valores crean una dinámica compleja, ya que cada parte busca alcanzar objetivos que, aunque en principio coinciden en términos de salud, se ven condicionados por circunstancias personales, económicas y profesionales.

**3. Identificación del conflicto de valores principal:** El principal conflicto de valores en este caso radica en la tensión entre el bienestar a largo plazo del paciente (**Juan**) y las limitaciones económicas y sociales de su familia. El **cirujano dentista** propone un tratamiento adecuado (pulpectomía o extracción) para evitar complicaciones futuras, pero la **extracción dental**, aunque inicialmente es más económica, podría requerir a futuro un **mantenedor de espacio** o incluso **tratamiento de ortodoncia** para corregir posibles desplazamientos dentales, lo que incrementaría los costos. Los **padres de Juan**, con recursos limitados, enfrentan el dilema de elegir entre el tratamiento inmediato más económico y las posibles consecuencias a largo plazo que pueden afectar la salud dental de su hijo, generando un conflicto entre la **salud actual** y los costos futuros de un tratamiento adecuado.

**4. Determinación de medidas que protejan el mayor número posible de valores**

1. Priorizar la pulpectomía: Si es viable, la pulpectomía debe ser la opción preferida, ya que preserva el molar primario, evitando complicaciones futuras como desplazamientos dentales y la necesidad de tratamientos de ortodoncia.

2. Alternativas accesibles: Ofrecer opciones de tratamiento accesibles para la familia, como financiamiento o derivación a clínicas con costos más bajos (clínicas universitarias), asegurando que la elección del tratamiento no esté limitada por restricciones económicas.
3. Mantenedor de espacio: Si se opta por la extracción, se debe incluir un mantenedor de espacio para evitar problemas de alineación dental en el futuro, asegurando que esta opción también sea asequible.
4. Educación preventiva: Proporcionar educación sobre prevención de caries y la importancia de la higiene bucal, para reducir la necesidad de futuros tratamientos costosos y promover el cuidado dental continuo.

5. Defensa de la decisión tomada: Desde una perspectiva bioética integral, se opta por realizar la pulpectomía, ya que: Protege el mayor número de bienes: biológico (mantiene la función oral), personal (mejora calidad de vida) y potencialmente el espiritual (valores de cuidado del cuerpo). Refuerza una experiencia positiva en salud bucal durante la infancia, favoreciendo la confianza futura en el sistema de salud. Si la pulpectomía no fuese viable, la extracción puede ser una alternativa ética, siempre que se realice en un contexto de acompañamiento, contención emocional y planificación de seguimiento clínico.

Este caso clínico invita a reflexionar profundamente sobre la complejidad ética que surge cuando las decisiones clínicas se enfrentan a determinantes sociales. ¿Qué rol juega el contexto socioeconómico en la toma de decisiones clínicas? ¿Es ético ofrecer una alternativa “menos ideal” por motivos económicos? La situación plantea un dilema frecuente en la atención primaria: cómo equilibrar la beneficencia con la justicia cuando las condiciones del paciente limitan el acceso a tratamientos de mejor pronóstico. Surge también la pregunta sobre la responsabilidad del estado y del sistema de salud en asegurar que estas disyuntivas no se transformen en prácticas rutinarias que perpetúan inequidades. Se coloca en tensión lo técnicamente indicado con lo socialmente disponible. Este caso revela que, en ocasiones la toma de decisiones clínicas no es solo técnica, sino profundamente moral.

Asimismo, se hace evidente la importancia de considerar herramientas como el OHRQoL (Oral Health-Related Quality of Life) en la valoración integral de cada caso, ya que omitir la dimensión subjetiva de la salud puede llevar a decisiones alejadas de las necesidades reales del paciente. ¿Qué riesgos implica actuar sin tener en cuenta la percepción de calidad de vida del niño y su entorno? ¿Qué peso se le da a la voz del paciente infantil, incluso cuando no puede participar plenamente en la decisión? El modelo de Thomasma y Pellegrino ofrece una guía valiosa y accesible para los clínicos que deben abordar este tipo de dilemas,

especialmente en escenarios donde la vulnerabilidad del paciente y la fragilidad del sistema se cruzan. Cabe mencionar que la autonomía del paciente aparece en este modelo de manera poco explícita, probablemente porque fue desarrollado antes del auge de la autodeterminación como principio ético central (14). Resultaría relevante explorar la utilización de otros modelos que complementen el trabajo de Thomasma y Pellegrino, y que incluya por ejemplo la autonomía progresiva. En la actualidad , la autonomía progresiva está respaldada por ley y se entiende como la facultad de los niños y adolescentes para ejercer sus derechos en consonancia con la evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifiesta (15).

Desde la bioética, es fundamental reconocer que la toma de decisiones clínicas no se limita a la relación individual entre profesional y paciente, sino que se inscribe en un entramado social y comunitario que también posee obligaciones éticas, conocido como *mesoética* (16). Este nivel intermedio entre la microética (relación clínica) y la macroética (ética global) destaca la responsabilidad de las instituciones y comunidades en garantizar la justicia y equidad en salud.

El derecho a la salud, entendido por diversos autores y organismos internacionales como un bien colectivo y un derecho humano fundamental (17) , implica que las instituciones de atención primaria, como los centros de salud familiar (CESFAM), deben desempeñar un rol activo no solo en la entrega oportuna de tratamientos, sino también en la promoción de condiciones que prevengan la aparición de enfermedades y reduzcan las inequidades estructurales. La justicia social exige que estas instituciones actúen no solo como prestadoras de servicios, sino como agentes de equidad social, favoreciendo la participación comunitaria, la educación en salud y la formación ética de los equipos multidisciplinarios para abordar los determinantes sociales de la salud.

Este enfoque ético-comunitario enfatiza que la salud oral no es solo un asunto clínico, sino un derecho humano integral que demanda respuestas colaborativas y multisectoriales, donde la dimensión preventiva y educativa, así como el empoderamiento del paciente y su comunidad, son indispensables para alcanzar una justicia social real (18). Por ende, la reflexión ética debe trascender el caso individual para cuestionar y orientar las políticas y prácticas a nivel comunitario y de atención primaria, promoviendo un modelo de salud integrado a la sociedad y socialmente comprometido.

En este contexto, es importante fortalecer la formación en bioética de los equipos multidisciplinarios de salud, tanto en el ámbito de la atención primaria, como los CESFAM o en el ejercicio privado de la profesión. Particularmente, los cirujano-dentistas deben incorporar en su formación herramientas conceptuales y prácticas de la bioética clínica y del método deliberativo (19) , lo cual les permitirá enfrentar con mayor solidez los dilemas éticos que surgen en escenarios marcados por la desigualdad social y las limitaciones de acceso. La adopción de enfoques deliberativos promueve una toma de decisiones clínicas más reflexiva, orientada al respeto de la dignidad de cada paciente y consciente de los determinantes sociales de la salud. Esta capacidad no debe considerarse un complemento, sino un componente esencial de una práctica odontológica ética, justa y socialmente situada, tanto en contextos públicos como privados.

## Conclusión

El caso clínico evidencia la necesidad de deliberación bioética profunda en escenarios donde las decisiones no solo dependen del conocimiento técnico., situación que es común a muchas otras prácticas clínicas habituales. El modelo de Thomasma y Pellegrino ofrece un marco valioso al reconocer que la buena práctica médica no se limita a aplicar tratamientos eficaces, sino que debe orientarse al bien del paciente en su totalidad, considerando su curso de vida. Este modelo, concebido en un contexto distinto, requiere ser complementado frente a los desafíos actuales, como la demanda de participación activa por parte del paciente y su familia. Por ello, es imprescindible complementarlo con enfoques que integren la justicia social, la equidad en el acceso y el respeto a la autonomía en contextos de vulnerabilidad. Los dilemas éticos deben ser resueltos con decisiones prudentes y sensibles a la realidad.

## Referencias

1. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
2. Kassebaum NJ, Smith AG, Bernabé E, 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. 2017;96:380–7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
3. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2007. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Diagnostico-Nac-Salud-Bucal-ni%C3%B1os-6-a%C3%B1os\\_Chile-2007.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Diagnostico-Nac-Salud-Bucal-ni%C3%B1os-6-a%C3%B1os_Chile-2007.pdf)
4. Monsalves MJ, Espinoza I, Moya P, et al. Structural determinants explain caries differences among preschool children in Chile's Metropolitan Region. BMC Oral Health. 2023;23:136. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02778-6>
5. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: a systematic review. J Investig Clin Dent. 2019;10(1):e12376. <https://doi.org/10.1111/jicd.12376>
6. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. J Dent Res. 2017;96(8):864–74. <https://doi.org/10.1177/002203451770973>
7. Smail-Faugeron V, Glenny AM, Courson F, et al. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD003220. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003220.pub2>
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on restorative dentistry. Pediatr Dent. 2016;38(5):107–19
9. Kandiah T, Johnson J, Fayle SA. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on management of caries in the primary dentition. Int J Paediatr Dent. 2001;11(2):153–7. <https://doi.org/10.1046/j.0960-7439.2001.00253.x>
10. Abanto J, Tsakos G, Olegário IC, et al. Impact of pulpectomy versus tooth extraction in children's oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2024;52(1):13–23. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12895>
11. Nadelman P, Bedran N, Magno MB, et al. Premature loss of primary anterior teeth and its consequences to primary dental arch and speech pattern: a systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2020;30(6):687–712. <https://doi.org/10.1111/ijd.12680>
12. Lo B, Schroeder S. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. Arch Intern Med. 1981;141(8):1062–6. <https://doi.org/10.1001/archinte.1981.00340080114025>
13. Thomasma D, Marshall P. Clinical Medical Ethics: Cases and Readings. Lanham (MD): University Press of America; 1995.
14. López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. Acta Bioeth. 2015;21(2):281–90. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200013>
15. Ley N° 21.430. Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Diario Oficial de la República de Chile; 15 de marzo de 2022
16. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. Oxford: Oxford University Press; 1993
17. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008
18. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(1):1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x>
19. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015