



AMA Journal of Ethics®

Enero de 2022, volumen 24, número 1: E73-79

HISTORIA DE LA MEDICINA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

Ocho formas de mitigar la inequidad sanitaria rural en los EE. UU.

Jo Henderson-Frost, MD, MPH y Mark Deutchman, MD

Resumen

La población rural de los Estados Unidos tiene menos posibilidades de contar con un seguro dental y más probabilidades de enfrentar barreras geográficas y del entorno para recibir atención dental y de salud bucodental. En este artículo se analiza la inequidad en la salud bucodental, la evidencia de su influencia en la salud en general y por qué el sector laboral de la atención primaria está en condiciones de ofrecer prevención, pruebas de detección y derivaciones a servicios de atención dental y de salud bucodental. Son seis estrategias mediante las que se integra la atención dental y de salud bucodental a las corrientes de prestación de atención primaria y que pueden ayudar a mitigar la inequidad sanitaria rural.

Salud bucodental, salud integral

La deficiencia en la salud bucodental trae consecuencias importantes para la salud en general y la calidad de vida. La precariedad en la cobertura dental y el acceso a la atención de salud bucodental ha generado una alta prevalencia de enfermedades dentales evitables que afectan tanto a la salud como a la calidad de vida de millones de estadounidenses. Por ejemplo, la periodontitis afecta al 46 % de los adultos estadounidenses y las caries al 92 %.¹ En las últimas décadas, el efecto de la salud bucodental en el bienestar general y la calidad de vida ha ganado cada vez más prevalencia. En el Informe del Cirujano General de los EE. UU. del año 2000, se describió la relación entre la enfermedad periodontal y el síndrome metabólico, los resultados adversos del embarazo, la enfermedad coronaria, los derrames cerebrales y la neumonía bacteriana.² Desde entonces, diversos estudios han demostrado el impacto negativo de las enfermedades dentales en la calidad de vida.^{3,4}

Pese al reconocimiento de la importancia de la salud bucodental en la salud de la población, hay dos desafíos no resueltos para la prestación de atención de salud bucodental: el costo de la atención y el acceso a ella. En el presente artículo, revisamos estos desafíos y destacamos una solución propuesta para integrar la atención de salud bucodental a la atención primaria.

Brechas en la cobertura dental

En los Estados Unidos, existen grandes **disparidades en salud bucodental**, especialmente entre los niños, por condiciones socioeconómicas y de raza/etnia.⁵ Las disparidades en salud bucodental se exacerban en las poblaciones rurales. Comparándolas con las poblaciones urbanas, las poblaciones rurales son de edad más avanzada, tienen menores ingresos, menos posibilidades de contar con un seguro dental y tienden a depender más de Medicaid y Medicare.⁶ Medicaid y Medicare ofrecen una cobertura dental limitada: en el caso de los niños, ahora los estados —después de la aprobación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) de 2010— deben incluir atención dental en sus programas de Medicaid y de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés).¹ Los beneficios en salud bucodental de Medicaid para adultos varían enormemente de un estado a otro,⁷ y solo 19 de ellos ofrecen una cobertura amplia.⁸ Medicare cubre únicamente servicios dentales muy limitados en la Parte A.⁹

Menos dentistas, menor acceso

Es probable que la cobertura por sí sola no sea suficiente para incrementar el acceso a la atención, pues se estima que solo el 43 % de los dentistas acepta Medicaid o el CHIP.¹⁰ La red de seguridad de atención dental estaba saturada antes de la aprobación de la ACA, y ahora tiene millones más de potenciales pacientes.¹¹ Se calcula que 50 millones de personas residen en áreas donde faltan profesionales de salud dental.¹¹ La mayoría de los dentistas se ubica en zonas urbanas: solo el 14 % de ellos ejerce en zonas rurales, donde reside el 20 % de la población estadounidense.¹² De ese 14 %, la mayoría ejerce en grandes áreas rurales, en comparación con las áreas pequeñas o aisladas.¹² Aunque la cantidad de dentistas aumentó a nivel nacional en cerca de un 9.7 % entre 2008 y 2015, donde las zonas urbanas y rurales comparten el aumento per cápita, entre 2015 y 2018 el aumento per cápita se ha limitado completamente a las áreas urbanas (B. Munson, Instituto de Políticas Sanitarias, comunicación oral, julio de 2019). Los dentistas que ejercen en el sector privado tienden a ubicarse en comunidades más extensas y con mayores niveles de ingresos.¹³

Las personas que residen en áreas rurales tienen problemas para acceder a la atención dental debido a que se encuentran a distancias que implican largos traslados, pues la atención dental suele ubicarse en lugares excesivamente lejanos para prestar atención preventiva de rutina. Y evitar esta atención trae peores consecuencias dentales. En comparación con los adultos que habitan en zonas urbanas, los de áreas rurales tienen menos visitas al dentista, limpiezas menos frecuentes y más extracciones de dientes definitivos.¹³ Los residentes de zonas rurales donde los suministros de agua no son fluorados carecen del beneficio de los sistemas de agua fluorada que pueden permitirse los residentes de zonas urbanas. Además, los habitantes de áreas rurales consumen más productos derivados del tabaco, tanto para fumar como sin humo, que los residentes de zonas urbanas,¹⁴ y su consumo aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal y cáncer oral.¹⁵ La falta de atención preventiva y la demora en atender enfermedades dan lugar al avance de estas, a la pérdida de piezas dentales y a complicaciones secundarias.^{2,13}

Para los pacientes en zonas rurales, el valor de integrar la atención de salud bucodental a la atención primaria es especialmente importante, pues los médicos de cabecera, particularmente los médicos de familia, están distribuidos ampliamente por los Estados Unidos, incluyendo en áreas rurales.¹⁶ La atención primaria está diseñada para ofrecer atención preventiva, diagnósticos tempranos de enfermedades y derivaciones inmediatas cuando se indique una atención de subespecialidad. Por lo tanto, los médicos de cabecera están en condiciones de detectar una enfermedad dental y

trabajar con dentistas a fin de tratar conjuntamente enfermedades relacionadas con otras enfermedades sistémicas orales conocidas (p. ej., diabetes y periodontitis). Sin embargo, la capacitación en salud bucodental que supere las cuatro horas no es común en la formación de profesionales de atención primaria.¹⁷ La integración depende de potenciar iniciativas exitosas para capacitar al sector laboral de la atención primaria.

Nuevas iniciativas de formación

En los últimos 20 años, varias iniciativas exitosas han subsanado la falta de conocimientos en materia de salud bucodental en la educación médica, capacitando a personal de atención médica para brindar orientación alimentaria y en higiene oral y para detectar enfermedades orales. Smiles for Life: A National Oral Health Curriculum es un recurso de acceso abierto y gratuito que ha estado disponible desde 2005.¹⁸ El programa de estudios abarca la salud bucodental a lo largo de la vida y ofrece crédito educativo para profesionales médicos y de salud dental. Es el currículo más utilizado para la capacitación en salud bucodental de atención primaria en los Estados Unidos y está respaldado por 20 organizaciones profesionales.¹⁹

Otra iniciativa, el programa de atención Medical Oral Expanded (MORE), capacita a médicos de cabecera rurales en servicios preventivos de salud bucodental y brinda asistencia técnica para integrar el trabajo de los equipos médicos y sus homólogos en salud bucodental.²⁰ La orientación en higiene oral, el asesoramiento alimentario y la aplicación de barniz de flúor se ajustan bien a la atención primaria del niño sano ejercida por médicos de familia rurales, asistentes médicos y enfermeros especializados, si se facilita el tiempo adicional en sus calendarios u otro personal clínico está capacitado para ayudar. Ya existen mecanismos para reembolsar a los médicos de cabecera por su tiempo: en los 50 estados y el Distrito de Columbia, Medicaid paga a los profesionales médicos por servicios de salud bucodental para niños, como la aplicación de barniz de flúor.²¹

Cinco estrategias más de equidad

Algunas medidas estratégicas pueden ayudar a reducir las disparidades en salud bucodental rural y asistir en la integración de la salud bucodental a la atención primaria.

Implementar la teleodontología. A medida que las áreas rurales obtengan acceso a un mayor ancho de banda, la telemedicina y teleodontología pueden brindar asesoramiento virtual y ahorrar tiempo y gastos de viaje a los pacientes. La teleodontología permite a los dentistas supervisar a los higienistas dentales al **tratar caries** en niños desatendidos, según lo permita la legislación estatal.²² La pandemia de la COVID-19 ha acelerado la adopción de la telemedicina y la teleodontología,^{23,24} estableciendo las bases para su uso y expansión de forma continua.

Ampliar el acceso a un seguro dental. Si la integración de la atención de salud bucodental a la atención primaria resulta exitosa, será necesario ampliar la cobertura dental. Se ha propuesto un seguro dental universal y la ampliación de beneficios en atención de salud bucodental bajo Medicare y Medicaid, pero no se han aprobado.^{25,26} Además de soluciones legislativas, se podrían emplear subvenciones para ofrecer servicios gratuitos o de escala móvil en áreas con disparidades en salud bucodental rural. Históricamente, la cobertura, el pago y las innovaciones en prestaciones, como las **organizaciones de atención responsable** (ACO, por sus siglas en inglés) y los Hogares Médicos Centrados en el Paciente, no han incluido la atención dental.¹ Deberían estudiarse políticas que incluyan la salud bucodental en las ACO. También podría ser necesario incentivar a los dentistas a aceptar Medicaid.

Ofrecer servicios de salud bucodental en centros de salud escolares. Los aproximadamente 2,000 **centros de salud escolares** presentes en los Estados Unidos cumplen una función importante en la salud pública y la prevención de enfermedades.^{27,28} Algunos centros de salud escolares han empezado a ofrecer servicios dentales preventivos para niños y podrían encontrarse en condiciones únicas de brindarlos para niños de familias de menores ingresos o que habiten en zonas rurales.²⁹ Los programas escolares implementados en áreas rurales también aumentan la visibilidad de estudiantes profesionales de odontología en dichas zonas, lo que podría ser una herramienta importante de contratación.²⁹ Se podrían ofrecer servicios a criterio del distrito escolar y se podrían asignar fondos nacionales expresamente para programas dentales.²⁷

Crear nuevas categorías de profesionales dentales. Los terapeutas dentales, profesionales de nivel medio similares a los asistentes médicos, ahora están autorizados para ejercer en 12 estados.³⁰ También cuentan con dicha autorización en las tierras tribales de Alaska, Idaho, Montana, Oregón y Washington, y otros ocho estados actualmente buscan obtener la autorización para el ejercicio de la terapia dental.³¹ El objetivo original en el desarrollo de esta nueva categoría de profesional de la salud bucodental era cubrir las necesidades de niños desatendidos y residentes en zonas rurales.^{32,33} Si desearan ubicarse en áreas rurales, los terapeutas dentales incluso podrían ayudar a cubrir las necesidades de personas mayores que habitan en estas zonas y cuyo transporte es limitado y en centros de atención prolongada.³⁴ Además, algunos estados permiten el ejercicio independiente de los higienistas dentales.³⁵

Animar a los dentistas a ubicarse en zonas rurales. Cambiar la distribución de dentistas de áreas urbanas a comunidades rurales es una solución de más largo plazo para mejorar el acceso rural a la atención de salud bucodental. Contratar más dentistas rurales podría implicar una combinación de cambios en las preferencias de admisión y currículos de las escuelas de odontología, la tutoría y los incentivos.^{12,36} Las escuelas de odontología podrían emplear una estrategia que han implementado con éxito algunas escuelas de medicina con el fin de crear “grupos rurales” para atraer, recibir y guiar a estudiantes que se interesen en el ejercicio profesional rural y para crear programas de residencia orientados a las capacidades requeridas para su práctica.^{37,38,39} Otra opción podría ser incentivar a los dentistas jóvenes y profesionales de la salud dental para **trasladarse a zonas rurales** empleando, por ejemplo, mayores fondos para el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud con puestos de profesionales de la salud dental especializados. Esta estrategia apunta a aumentar la cantidad de dentistas y otros profesionales de la salud dental con acceso a reembolso de préstamos, y requiere un compromiso de brindar atención a pacientes de Medicaid por muchos años.

Conclusión

El sector laboral de la atención primaria está en condiciones de ofrecer atención oral preventiva, exámenes dentales y derivaciones a especialistas en atención de salud bucodental y, por extensión, a especialistas de atención dental. La integración de los servicios de salud bucodental a la atención primaria requerirá labor interprofesional, programas de estudios médicos especializados, la ampliación de autorizaciones del ejercicio profesional dental, la contratación de dentistas, la mejora en el acceso a un seguro dental y la teleodontología. Con estas estrategias, la atención primaria tiene un gran potencial de reducir las disparidades en la salud bucodental rural.

References

1. Mertz EA. The dental-medical divide. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(12):2168-2175.
2. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>
3. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:126.
4. Seirawan H, Sundaresan S, Mulligan R. Oral health-related quality of life and perceived dental needs in the United States. *J Public Health Dent*. 2011;71(3):194-201.
5. Satcher D, Nottingham JH. Revisiting oral health in America: a report of the surgeon general. *Am J Public Health*. 2017;107(suppl 1):S32-S33.
6. Healthcare access in rural communities. Rural Health Information Hub. Reviewed August 18, 2021. Accessed August 24, 2021.
<https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>
7. Dental care. Medicaid.gov. Accessed February 14, 2021.
<https://www.medicare.gov/medicaid/benefits/dental-care/index.html>
8. Center for Health Care Strategies. Medicaid adult dental benefits coverage by state. September 15, 2019. Accessed August 21, 2021.
https://www.chcs.org/media/Medicaid-Adult-Dental-Benefits-Overview-Appendix_091519.pdf
9. Dental services. Medicare.gov. Accessed February 14, 2021.
<https://www.medicare.gov/coverage/dental-services/>
10. Appold K. Oral and dental health is crucial. But access to coverage is spotty. *Managed Healthcare Executive*. 2021;31(12):50-52. Accessed December 16, 2021.
https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/mhe/da9df015d7a5e892a311b29e8b8af15c7228277b.pdf/MHE1221_ezine.pdf
11. Singhal A, Damiano P, Sabik L. Medicaid adult dental benefits increase use of dental care, but impact of expansion on dental services use was mixed. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(4):723-732.
12. McFarland KK, Reinhardt JW, Yaseen M. Rural dentists: does growing up in a small community matter? *J Am Dent Assoc*. 2012;143(9):1013-1019.
13. Doescher M, Keppel G. Dentist supply, dental care utilization, and oral health among rural and urban US residents. Final report 135. WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington; 2015. Accessed October 5, 2021.
http://depts.washington.edu/uwrhrc/uploads/RHRC_FR135_Doescher.pdf
14. Roberts ME, Doogan NJ, Kurti AN, et al. Rural tobacco use across the United States: how rural and urban areas differ, broken down by census regions and divisions. *Health Place*. 2016;39:153-159.
15. Winn DM. Tobacco use and oral disease. *J Dent Educ*. 2001;65(4):306-312.
16. The distribution of the US primary care workforce. Agency for Healthcare Research and Quality. September 2012. Reviewed July 2018. Accessed August 21, 2021.
<https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork3/index.html>
17. Ferullo A, Silk H, Savageau JA. Teaching oral health in US medical schools: results of a national survey. *Acad Med*. 2011;86(2):226-230.

18. About us. Smiles for Life. Accessed June 21, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/about/>
19. Our endorsers. Smiles for Life. Accessed June 21, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/about/endorsers/>
20. Medical Oral Expanded Care (MORE Care). CareQuest Institute for Oral Health. Accessed November 16, 2021. https://www.carequest.org/learn/quality-improvement-initiatives/medical_oral_expanded_care
21. State oral health programs. Association of State and Territorial Dental Directors. Accessed July 29, 2019. <https://www.astdd.org/state-programs/>
22. A reason to SMILE(S): dental care for thousands of Coloradans. Colorado Health Institute. April 9, 2018. Accessed February 14, 2021. <https://www.coloradohealthinstitute.org/blog/reason-smiles-dental-care-thousands-coloradans>
23. Cruse T, Zaydenman K. Lessons from the pandemic: what COVID-19 is teaching us about teledentistry. DentaQuest. August 10, 2020. Accessed February 14, 2021. <https://whatsnew.dentaquest.com/lessons-from-the-pandemic-what-covid-19-is-teaching-us-about-teledentistry/>
24. Koonin LM, Hoots B, Tsang CA, et al. Trends in the use of telehealth during the emergence of the COVID-19 pandemic—United States, January-March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(43):1595-1599.
25. Comprehensive Dental Reform Act of 2012, S 3272, 112th Cong (2012). Accessed July 30, 2019. <https://www.govtrack.us/congress/bills/112/s3272>
26. Comprehensive Dental Reform Act of 2015, S 570, 114th Cong (2015). Accessed July 30, 2019. <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/570>
27. School-based health centers. Health Resources and Services Administration. Reviewed May 2017. Accessed February 14, 2021. <https://www.hrsa.gov/our-stories/school-health-centers/index.html>
28. Expansion/addition of off-site direct services: school-based health programs. National Network for Oral Health Access. Accessed February 14, 2021. <https://nnoha.org/ohi-toolkit/option-2-currently-offers-on-site-dental-services/expansion-addition-of-off-site-direct-services/school-based-health-programs/>
29. Rural Oral Health Toolkit. Rural Health Information Hub. Accessed November 16, 2021. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/oral-health>
30. Grant J. More states adopt laws to boost oral health care workforces. Pew Charitable Trusts. August 9, 2019. Accessed August 4, 2021. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2019/08/09/more-states-adopt-laws-to-boost-oral-health-care-workforces>
31. American Dental Hygienists' Association. Expanding access to care through dental therapy. Accessed August 11, 2019. https://www.adha.org/resources-docs/Expanding_Access_to_Dental_Therapy.pdf
32. Friedman JW, Mathu-Muju KR. Dental therapists: improving access to oral health care for underserved children. *Am J Public Health.* 2014;104(6):1005-1009.
33. Nash DA, Nagel RJ. Confronting oral health disparities among American Indian/Alaska Native children: the pediatric oral health therapist. *Am J Public Health.* 2005;95(8):1325-1329.
34. Fish-Parcham C, Burroughs M, Tranby EP, Brow AR. Addressing rural seniors' unmet needs for oral health care. *Health Affairs Blog.* May 6, 2019. Accessed July 30, 2019. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190501.797365/full/>

35. American Dental Hygienists' Association. Direct access states. Revised January 2020. Accessed February 14, 2021. https://www.adha.org/resources-docs/7513_Direct_Access_to_Care_from_DH.pdf
36. Vujicic M, Sarrett D, Munson B. Do dentists from rural areas practice in rural areas? *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):990-992.
37. Suphanchaimat R, Cetthakrikul N, Dalliston A, Putthasri W. The impact of rural-exposure strategies on the intention of dental students and dental graduates to practice in rural areas: a systematic review and meta-analysis. *Adv Med Educ Pract*. 2016;7(7):623-633.
38. Deutchman M. Medical school rural tracks in US. September 15, 2013. National Rural Health Association. Accessed July 30, 2019. https://www.ruralhealthweb.org/NRHA/media/Emerge_NRHA/PDFs/RTPolicyBrief91513final.pdf
39. Rural Training Track Technical Assistance Program. Rural residency training for family medicine physicians: graduate early-career outcomes. National Rural Health Association; January 2012. Accessed February 14, 2021. [https://www.ruralhealthweb.org/getattachment/Programs/Rural-Health-Students-\(AE\)/NRHA-Student-Resources/rtt-policy-brief_012012.pdf.aspx?lang=en-US](https://www.ruralhealthweb.org/getattachment/Programs/Rural-Health-Students-(AE)/NRHA-Student-Resources/rtt-policy-brief_012012.pdf.aspx?lang=en-US)

Jo Henderson-Frost, MD, MPH acaba de graduarse del Programa de Liderazgo de Medicina Rural en el Hospital General de Massachusetts en Boston. Ahora es médica de cabecera en el Centro Médico de Asuntos de Veteranos de White River Junction, donde trabaja en clínicas rurales en el norte de Nuevo Hampshire y Vermont.

Mark Deutchman, MD es profesor de medicina familiar, director del grupo de salud rural en la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado y vicedecano de salud rural en la Universidad de Colorado en Aurora.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(1):E73-79.

DOI

10.1001/amajethics.2022.73.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.