



AMA Journal of Ethics®

Enero de 2022, volumen 24, número 1: E48-56

FORO DE POLÍTICAS: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

La equidad sanitaria necesita una dentadura

Eleanor Fleming, PhD, DDS, MPH, Julie Frantsve-Hawley, PhD y Myechia Minter-Jordan, MD, MBA

Resumen

Las personas de bajos recursos o miembros de comunidades de color enfrentan una carga por enfermedades bucales desigual. Continuar separando la salud bucodental de la atención médica general exacerba la inequidad y obliga a los miembros de las comunidades de bajos recursos a buscar su atención de emergencia dental no traumática en los servicios de urgencia de los hospitales. Esta tendencia resulta innecesariamente costosa y deviene en recetas de antibióticos y gestión del dolor que no son reparadoras ni responden a las principales quejas de los pacientes. Las estrategias de atención de la salud basadas en el valor deben unificar el cuidado bucal con la atención médica general, motivar la práctica entre profesionales médico-dentales, fomentar la prevención de enfermedades bucales y respaldar la atención dental restauradora. Estas también deben innovar respecto de las estructuras fiscales (por ejemplo, los modelos de pago, el intercambio de datos) para mejorar los resultados de salud para todos.

Dolor bucal de fin de semana

Imagínese que es sábado a las 6 p.m. y siente dolor, un dolor que no proviene de un pie u hombro lastimado, sino un dolor punzante que se propaga de su boca y se siente como si su cabeza y sus oídos estuvieran en llamas. No puede dormir ni comer. Anteriormente, el dolor era leve y solo le molestaba cuando comía algo dulce o frío. Pero ahora, a las 6 p. m. de un sábado, siente un dolor extremo que le impide realizar acciones básicas. Si bien está empleado, su trabajo con un salario mínimo no le brinda seguro dental y vive en un estado que no brinda beneficios dentales integrales para adultos a través de Medicaid. Considere también que, cuando vio a su médico hace tres meses durante su revisión para renovar su receta para la presión arterial, mencionó que el diente le molestaba. Es probable que su médico no le haya examinado la boca ni lo haya derivado a un dentista para que lo atienda. ¡Usted pensó que el diente podía esperar! Para empeorar las cosas, debido a su falta de cobertura dental y su imposibilidad de pagar los gastos de bolsillo para recibir atención dental en un consultorio privado, no tiene un centro dental al cual llamar para solicitar una cita de emergencia. La última vez que vio a un dentista fue en un evento dental de caridad en

el gimnasio de la universidad local hace varios años. En los Estados Unidos, ¿dónde debe ir y qué debe hacer?

Cuidado de la salud bucodental fragmentado y sesgado

Perpetuar la separación de la medicina y la odontología afecta la forma en la que se pagan los costos de los servicios, cómo se capacita a los médicos y dónde se ubican sus consultorios.^{1,2,3,4} Pero la boca tiene funciones esenciales en la salud general.^{4,5} Nuestra calidad de vida, la capacidad de comer y hablar, depende de la salud de nuestros dientes, encías y boca.⁵ Las investigaciones demuestran que la fragmentación del sistema de salud contribuye a resultados de salud deficientes, ocasiona una insatisfacción en el paciente y el médico, genera una planificación sesgada del tratamiento, perpetúa el racismo y la inequidad y apoya un sistema de reembolso ineficaz.^{2,6,7,8,9,10,11}

Los miembros de grupos marginados y de bajos recursos soportan una carga por enfermedades bucales desigual.^{10,12} En todas las franjas etarias y afecciones dentales, los individuos afrodescendientes no latinos, latinos, indígenas estadounidenses y nativos de Alaska tienen peores resultados clínicos y autopercepciones de su salud bucodental, así como una menor adopción de medidas preventivas basadas en evidencia, que los individuos blancos no latinos.^{13,14,15,16,17,18} De manera similar, las personas que viven por debajo del 200 % del nivel de pobreza federal tienen más caries dentales sin tratar y menos dientes permanentes que las que viven por encima de ese umbral.^{13,19} Las causas subyacentes de la inequidad tienen sus raíces en el **racismo estructural**.²⁰ Se han propuesto prácticas antirracistas y un enfoque en los determinantes sociales y políticos de la salud como formas de apoyar la equidad sanitaria.^{21,22,23} Sin embargo, los cambios en la práctica y el enfoque solo rozan la superficie de una inequidad profundamente arraigada: el cambio duradero podría provenir de la reinversión de las corrientes de prestación de la atención médica, la integración de los servicios médicos y dentales y la implementación de un sistema de reembolso que enfatice el valor y los resultados centrados en el paciente. Además, los cambios en las estructuras de pago podrían incentivar la práctica entre profesionales y la equidad en todo el sector de la salud.

Desequilibrio financiero

Tener seguro médico, pero no dental, es una realidad para muchos estadounidenses.³ Si bien la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ha reducido el porcentaje de la población estadounidense que carece de seguro médico, especialmente entre las personas de bajos ingresos y las personas de color,²⁴ todavía existen muchas brechas de seguros, especialmente para los adultos. En 2015, uno de cada tres adultos estadounidenses no tenía ningún tipo de cobertura de beneficios dentales.²⁵ En 2017, el 9.5 % de los adultos estadounidenses no podía acceder a la atención dental debido a su costo, en comparación con el 7.4 % de los adultos estadounidenses que no podía acceder a la atención médica debido a su costo.²⁶ Un mejor acceso a la cobertura dental tiene como resultado una mejor utilización de la atención médica. Para los adultos con menores ingresos que viven en estados que expandieron Medicaid para incluir beneficios dentales en adultos, la cantidad de personas que informaron haber visitado al dentista el año pasado aumentó 7.2 puntos porcentuales.²⁷

Aunque la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio aumentó el acceso a la atención dental para algunos adultos a través de la expansión de Medicaid, los servicios de urgencias (ED, por sus siglas en inglés) de los hospitales siguen siendo el único punto

de acceso a la atención dental para muchos adultos. En 2012, hubo más de dos millones de visitas dentales al ED que generaron \$ 1,600 millones en gastos, con un costo promedio de \$ 749 por visita.²⁸ Los costos promedio nacionales para los empastes de dientes permanentes y las extracciones de dientes erupcionados son menos de una quinta parte del costo promedio de una visita dental al ED.^{28,29} En un ED, los tratamientos habituales para los problemas dentales no traumáticos son los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides o los antibióticos.³⁰ Ninguno de estos tratamientos aborda un problema dental subyacente y cada uno genera costos innecesarios.³¹

Práctica entre profesionales

La atención médico-dental integrada ha demostrado ser exitosa, sobre todo para la prevención y el control de la diabetes y la hipertensión, la cesación del tabaquismo, la atención prenatal y la atención de las personas que viven con el VIH.^{32,33,34,35,36,37} La práctica entre profesionales permite la atención integral de la persona, lo que facilita a los médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud (por ejemplo, nutricionistas y terapeutas) optimizar la planificación de la atención de manera colaborativa. Cuando la salud bucodental era parte de las visitas de control del niño sano, los niños afrodescendientes no latinos, latinos, indígenas estadounidenses y nativos de Alaska recibían intervenciones dentales más tempranas y mejores servicios preventivos.^{38,39} La integración de la atención de la salud bucodental con el tratamiento y la prevención de las enfermedades periodontales también ayuda a la salud de los pacientes con diabetes.^{11,40,41}

Para facilitar la práctica entre profesionales, la prestación de los servicios de salud debe expresar **equidad y valor** y estar financiada a fin de apoyar una diversidad en la fuerza laboral. Con un enfoque en la prevención en lugar de la gestión de la enfermedades, los modelos de pago basados en el valor pueden apoyar la integración médico-dental al agilizar las operaciones y ayudar a los médicos que ejercitan al máximo sus licencias (es decir, la habilidad más alta que un médico está habilitado para practicar).^{42,43,44} La integración médico-dental requiere estructuras de regulación y reembolso que establezcan un lenguaje compartido, forjen un acuerdo sobre resultados mensurables e incentiven el uso de la tecnología (por ejemplo, el intercambio electrónico de información de registros médicos y la interoperabilidad) que refuerza el valor y las operaciones entre profesionales sin problemas, especialmente los pacientes derivados. La tecnología también debería permitir la recopilación de datos para facilitar la evaluación del impacto de los servicios y el rendimiento de la inversión, así como respaldar la gestión de la salud de la población.³⁵

La atención basada en el valor es integrada

Atención basada en el valor es un término integral que refiere a la atención que busca mejorar los resultados sanitarios de manera eficiente a través de transformaciones en la prestación de la atención, los datos y análisis y el financiamiento. La atención de la salud bucodental basada en el valor busca prevenir enfermedades dentales y mejorar los resultados de la salud bucodental con un enfoque en la calidad de la atención en lugar de la cantidad de procedimientos restaurativos.^{45,46} La atención médica equitativa solo puede ocurrir en un sistema integrado de atención basada en el valor que respalde las transformaciones en torno a la prevención, el tratamiento, **los modelos de pago** y los análisis de datos con el objetivo de brindar una atención centrada en el paciente y mejorar los resultados de la población.^{47,48} Los programas de seguros públicos y privados pueden ser reestructurados para agrupar los pagos, incentivar la prevención y

la promoción de la salud y crear opciones de pago flexibles para los servicios de salud prestados fuera de las clínicas mediante la telesalud y la atención domiciliaria. La transformación de los pagos que surge como consecuencia de los modelos alternativos que incentivan la prevención y una salud óptima se presta a mejorar los resultados de los sistemas de salud, especialmente si estos trabajan para concentrarse no en la intervención de enfermedades, sino en las causas previas, localizadas y sistémicas de las enfermedades.⁴⁹

Un ejemplo clave de la atención de la salud bucodental basada en el valor son los servicios de Medicaid proporcionados por la organización de atención responsable (ACO, por sus siglas en inglés) para odontología más grande de Oregón. Esta ACO brinda servicios a aproximadamente 284,000 miembros del programa Medicaid estatal y ofrece un enfoque único para la atención de la salud bucodental, ya que incentiva la prevención frente a la cirugía, la atención basada en la comunidad y la gestión de la salud de la población.⁵⁰ Este enfoque basado en el valor obtuvo mejores resultados en comparación con las muestras nacionales de Medicaid: en 2015, se evaluó al 20 % de los niños inscritos en búsqueda de caries en comparación con el 0.1 % de los niños de una muestra nacional de Medicaid; el 85 % de los servicios brindados a los niños fueron preventivos o de diagnóstico en comparación con el 77 % de los servicios en una muestra nacional de Medicaid; la necesidad de servicios quirúrgicos y de restauración para los niños inscritos se redujo del 21 % en 2011 al 15 % en 2016, mientras que la muestra nacional de Medicaid no experimentó ninguna reducción durante el mismo periodo. Se gastó un 17 % menos en promedio para tratar a niños y un 21 % menos en promedio para adultos que lo que gasta Medicaid para tratar a niños y adultos en una muestra nacional.⁵⁰

Otros ejemplos de atención basada en el valor son la integración de la atención de la salud bucodental con prácticas como la atención pediátrica primaria y los hogares dentales para mujeres embarazadas.^{50,51} La evaluación continua y la gestión adecuada del cambio serán necesarias para superar el sesgo fundamental y la discriminación, tanto interpersonal como institucional.^{52,53} Además, la política de salud basada en la justicia social puede reducir la inequidad, abordar los determinantes sociales de la salud y prevenir algunas emergencias.⁵⁴

Si bien estos cambios para crear un modelo más equitativo de prestación de atención médica pueden ocurrir dentro de los sistemas pagados, también es necesario trabajar para garantizar que este nuevo sistema integrado funcione como una práctica de justicia social.⁵⁴ El abordaje de las inequidades raciales y la discriminación dentro de la atención médica ha sido descrito como un problema “perverso” porque es complejo, tiene múltiples partes interesadas y es difícil de resolver.^{20,44} Sostenemos que separar la atención de la salud bucodental de la medicina es otro factor que contribuye a ese problema perverso.³⁴ El sistema de atención dental actual no está diseñado para abordar las disparidades sociales, rara vez considera los determinantes de la salud y no aborda las inequidades que causa.^{19,20,21} Por lo tanto, un sistema integrado de medicina y atención de la salud bucodental debe insistir sobre las disparidades y crear políticas, prácticas y soluciones de investigación para apoyar la equidad.

La mejora de la salud de la población debe basarse en un valor compartido de justicia social.⁵⁴ Debe existir paridad en los modelos de pago de los seguros públicos y privados. Además, los programas de reembolso basados en el valor pueden abordar los factores de riesgo social de una comunidad al incentivar a los proveedores y planes para mejorar

los resultados de salud de quienes experimentan factores de riesgo social y así contribuir a crear un sistema de salud más equitativo y eficiente.⁵⁵ Con un reembolso justo y adecuado, el equipo de salud integrado de médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud puede democratizar la experiencia de los pacientes y enfocarse en mejores resultados de salud para todos ellos. En última instancia, la atención entre profesionales basada en el valor fomenta el bienestar y la salud de las comunidades, además del tratamiento y la atención del individuo, al centrarse en resultados basados en la población.

Motivar la equidad

Aunque los anunciantes sugieren que los dientes blancos y una sonrisa perfecta son los estándares de una boca sana, la salud bucodental en realidad implica una dentición funcional, la capacidad de abrir la boca, masticar y hablar, encías que no sangran y una boca libre de dolor y enfermedades. Es con mucha frecuencia que los pacientes enfrentan un dolor insoportable y no tienen cobertura dental, no pueden pagar de su bolsillo y no tienen idea de dónde acceder al tratamiento. Para las personas afrodescendientes no latinas, latinas, indígenas estadounidenses y nativas de Alaska, este no es simplemente un problema de acceso: es una cuestión de injusticia social. Los médicos, las aseguradoras, comunidades, legisladores, empleadores y otros tomadores de decisiones deben dar el paso colectivo de promover la justicia. Recomendamos la adopción de modelos basados en el valor que incorporen prácticas entre profesionales y mecanismos de reembolso que estén integrados con la atención basada en el valor. Las partes interesadas deben unirse y fomentar la investigación para transformar la atención de la salud. Después de todo, quién sabe cuándo serán las 6 de la tarde de un sábado y será usted quien sufra... ¿De dónde vendrá la ayuda?

References

1. Otto M. *Teeth: The Story of Beauty, Inequality, and the Struggle for Oral Health in America*. New Press; 2017.
2. Vujicic M. Our dental care system is stuck. And here is what to do about it. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(3):167-169.
3. Mertz EA. The dental-medical divide. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(12):2168-2175.
4. Simon L. Overcoming historical separation between oral and general health care: interprofessional collaboration for promoting health equity. *AMA J Ethics*. 2016;18(9):941-949.
5. 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. Accessed January 30, 2021. <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>
6. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *Am J Public Health*. 2002;92(1):53-58.
7. Patel N, Patel S, Cotti E, Bardini G, Mannocci F. Unconscious racial bias may affect dentists' clinical decisions on tooth restorability: a randomized clinical trial. *JDR Clin Trans Res*. 2019;4(1):19-28.
8. Cabral ED, Caldas AF Jr, Cabral HA. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(6):461-466.

9. Chisini LA, Noronha TG, Ramos EC, et al. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clin Oral Investig*. 2019;23(3):1023-1030.
10. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. *The Lancet Oral Health Series: implications for oral and dental research*. *J Dent Res*. 2020;99(1):8-10.
11. Simon LE, Karhade DS, Tobey ML. Oral health status of hospitalized patients with type 2 diabetes. *Diabetes Spectr*. 2020;33(1):58-65.
12. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial inequalities in oral health. *J Dent Res*. 2018;97(8):878-886.
13. Lin M, Griffin SO, Gooch BF, et al. Oral health surveillance report: trends in dental caries and sealants, tooth retention, and edentulism, United States, 1999-2004 to 2011-2016. Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Accessed November 16, 2021.
https://www.cdc.gov/oralhealth/pdfs_and_other_files/Oral-Health-Surveillance-Report-2019-h.pdf
14. Fleming E, Afful J, Griffin SO. Prevalence of tooth loss among older adults: United States, 2015-2018. National Center for Health Statistics data brief 368. June 2020. Accessed November 16, 2021.
<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db368-h.pdf>
15. Phipps KR, Ricks TL. The oral health of American Indian and Alaska Native children aged 6-9 years: results of the 2016-2017 IHS Oral Health Survey. Indian Health Service data brief. April 2017. Accessed November 16, 2021.
<https://www.ihs.gov/doh/documents/Data%20Brief%20IHS%206-9%20Year%20Olds%2003-30-2017.pdf>
16. Eke PI, Borgnakke WS, Genco RJ. Recent epidemiologic trends in periodontitis in the USA. *Periodontol* 2000. 2020;82(1):257-267.
17. Weatherspoon DJ, Chattopadhyay A, Boroumand S, Garcia I. Oral cavity and oropharyngeal cancer incidence trends and disparities in the United States: 2000-2010. *Cancer Epidemiol*. 2015;39(4):497-504.
18. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist LV. Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(5):363-373.
19. *QuickStats: prevalence of complete tooth loss among adults aged ≥ 65 years, by federal poverty level—National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 1999-2018*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(37):1334.
20. Smith PD, Wright W, Hill B. Structural racism and oral health inequities of Black vs non-Hispanic White adults in the US. *J Health Care Poor Underserved*. 2021;32(1):50-63.
21. Came H, Griffith D. Tackling racism as a “wicked” public health problem: enabling allies in anti-racism praxis. *Soc Sci Med*. 2018;199:181-188.
22. Patrick DL, Lee RS, Nucci M, et al. Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health*. 2006;6(suppl 1):S4.
23. Dawes DE. *The Political Determinants of Health*. Johns Hopkins University Press; 2020.
24. Garfield R, Orgera K, Damico A. The uninsured and the ACA: a primer. Kaiser Family Foundation; January 2019. Accessed February 28, 2021.
<https://files.kff.org/attachment/The-Uninsured-and-the-ACA-A-Primer-Key-Facts-about-Health-Insurance-and-the-Uninsured-amidst-Changes-to-the-Affordable-Care-Act>

25. Health Policy Institute. Dental benefits coverage in the US. American Dental Association; 2015.
26. National Center for Health Statistics. Table 29: delay or nonreceipt of needed medical care, nonreceipt of needed prescription drugs, or nonreceipt of needed dental care during the past 12 months due to cost, by selected characteristics: United States, selected years 1997-2017. Centers for Disease Control and Prevention; 2018. Accessed on June 23, 2021.
<https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2018/029.pdf>
27. Elani HW, Sommers BD, Kawachi I. Changes in coverage and access to dental care five years after ACA Medicaid expansion. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(11):1900-1908.
28. Wall T, Vujicic M; Health Policy Institute. Emergency department use for dental conditions continues to increase. American Dental Association; April 2015. Accessed January 30, 2021.
<https://mediad.publicbroadcasting.net/p/wusf/files/201802/ADA.pdf>
29. American Dental Association. Action for dental health: bringing disease prevention into communities. December 2013.
30. Roberts RM, Bohm MK, Bartoces MG, Fleming-Dutra KE, Hicks LA, Chalmers NI. Antibiotic and opioid prescribing for dental-related conditions in emergency departments: United States, 2012 through 2014. *J Am Dent Assoc*. 2020;151(3):174-181.e1.
31. Sun BC, Chi DL, Schwarz E, et al. Emergency department visits for nontraumatic dental problems: a mixed-methods study. *Am J Public Health*. 2015;105(5):947-955.
32. Owen C, Hilton I, Thompson P. Integration of oral health and primary care practice: Integrated Models Survey results: embedded dental providers. National Network for Oral Health Access; October 2019. Accessed January 30, 2021.
<https://nnoha.org/nnoha-content/uploads/2019/10/NNOHA-2019-Integrated-Models-Survey-Results.pdf>
33. Jeffcoat MK, Jeffcoat RL, Gladowski PA, Bramson JB, Blum JJ. Impact of periodontal therapy on general health: evidence from insurance data for five systemic conditions. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):166-174.
34. Glurich I, Schwei KM, Lindberg S, Shimpi N, Acharya A. Integrating medical-dental care for diabetic patients: qualitative assessment of provider perspectives. *Health Promot Pract*. 2018;19(4):531-541.
35. Acharya A, Cheng B, Koralkar R, et al. Screening for diabetes risk using integrated dental and medical electronic health record data. *JDR Clin Trans Res*. 2018;3(2):188-194.
36. Fox JE, Tobias CR, Bachman SS, et al. Increasing access to oral health care for people living with HIV/AIDS in the US: baseline evaluation results of the Innovations in Oral Health Care Initiative. *Public Health Rep*. 2012;127(suppl 2):5-16.
37. Neumann A, Kumar S, Bangar S, et al. Tobacco screening and cessation efforts by dental providers: a quality measure evaluation. *J Public Health Dent*. 2019;79(2):93-101.
38. Achembong LN, Kranz AM, Rozier G. Office-based preventive dental program and statewide trends in dental caries. *Pediatrics*. 2014;134(4):e827-e834.
39. Tiwari T, Rai N, Brow A, Tranby EP, Boynes SG. Association between medical well-child visits and dental preventive visits: a big data report. *JDR Clin Trans Res*. 2019;4(3):239-245.

40. Taylor GW. Exploring interrelationships between diabetes and periodontal disease in African Americans. *Compend Contin Educ Dent*. 2011;22(3, theme issue):42-48.
41. Fleming E, Singhal A. Chronic disease counseling and screening by dental professionals: results from NHANES, 2011-2016. *Prev Chronic Dis*. 2020;17:E87.
42. Varnum J. Value-based care: four key competencies for success. *Health Catalyst*. March 20, 2018. Accessed January 30, 2021. <https://www.healthcatalyst.com/insights/value-based-care-key-competencies-success/>
43. Spiro A. Challenging paradigms: practising at the top of your license. *Health Manag*. 2017;17(3):206-207. Accessed June 23, 2021. https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/hm-v17-i3-spiro-paradigms.pdf
44. Greiner AC, Knebel E, eds; Institute of Medicine. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. National Academies Press; 2003.
45. Boynes S, Nelson J, Diep V, et al. Understanding value in oral health: the oral health value-based care symposium. *J Public Health Dent*. 2020;80(suppl 2):S27-S34.
46. Frantsve-Hawley J, Mathews R, Brown C. The wicked problem of the oral health care system. *J Public Health Dent*. 2020;80(suppl 2):S5-S7.
47. Martin A, Kirby H, Ayers G, Kelly A, Riley A, Boucher S. Demonstration of payer readiness for value-based care in a fee-for-service environment: measuring provider performance on sealant delivery. *J Public Health Dent*. 2020;80(suppl 2):S50-S57.
48. Clary A, Hanlon C, Mention N. Integrating oral health into Oregon Medicaid's coordinated care model: lessons for state policymakers. National Academy for State Health Policy; September 2017. Accessed February 17, 2021. <http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/DentaQuest-Brief.pdf>
49. Anderson AC, O'Rourke E, Chin MH, Ponce NA, Bernheim SM, Burstin H. Promoting health equity and eliminating disparities through performance measurement and payment. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(3):371-377.
50. CareQuest Institute for Oral Health. Advantage Dental's approach: a model for better health, better access and better value. December 2018. Accessed October 11, 2021. <https://www.carequest.org/system/files/CareQuest-Institute-Advantage-Dental-Approach-White%20Paper.pdf>
51. Kanan C, Ohrenberger K, Bayham M, et al. MORE Care: an evaluation of an interprofessional oral health quality improvement initiative. *J Public Health Dent*. 2020;80(suppl 2):S58-S70.
52. Lee JT, Polsky D, Fitzsimmons R, Werner RM. Proportion of racial minority patients and patients with low socioeconomic status cared for by physician groups after joining accountable care organizations. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e204439.
53. Yasaitis LC, Pajerowski W, Polsky D, Werner RM. Physicians' participation in ACOs is lower in places with vulnerable populations than in more affluent communities. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(8):1382-1390.
54. Gostin LO, Powers M. What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(4):1053-1060.
55. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Social risk factors and Medicare's value-based purchasing programs. US Department of Health and

Human Services. Accessed August 23, 2021.

<https://aspe.hhs.gov/topics/health-health-care/social-risk-factors-medicares-value-based-purchasing-programs>

Eleanor Fleming, PhD, DDS, MPH es directora del Centro de Desarrollo y Apoyo Educativo en Meharry Medical College, y profesora asociada en el Departamento de Salud Pública Dental de la Facultad de Odontología de Meharry Medical College en Nashville, Tennessee.

Julie Frantsve-Hawley, PhD es la directora de análisis y evaluación del Instituto Care Quest para la Salud Bucodental en Boston, Massachusetts.

Myechia Minter-Jordan, MD, MBA es la presidenta y directora ejecutiva del Instituto Care Quest para la Salud Bucodental en Boston, Massachusetts.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(1):E48-56.

DOI

10.1001/amajethics.2022.48.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a Michael Monopoli, DMD, MPH, MS y Sean G. Boynes, DMD, MS.

Información de conflictos de intereses

La Dra. Fleming es consultora del Instituto Care Quest para la Salud Bucodental e informa que recibe fondos de DentaQuest. La Dra. Minter-Jordan informa que su empleador, el Instituto Care Quest para la Salud Bucodental, es propietario mayoritario de DentaQuest, una empresa nacional de beneficios dentales. La Dra. Frantsve-Hawley no tenía ningún conflicto de intereses que revelar.

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