

INAUGURAL EDITION

BILINGUAL EDITION

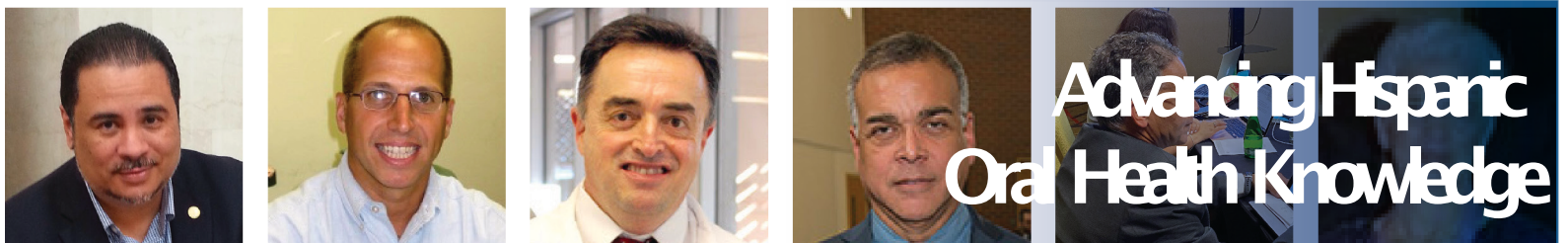
ISSN 2770-324X

ISSN 2770-3231



JOURNAL HISPANIC DENTAL ASSOCIATION

Volume 1, Issue 1, Winter 2021



www.hdassoc.org

JOURNAL OF THE HISPANIC DENTAL ASSOCIATION (JHDA)

PUBLISHER

Dr. Manuel A. Cordero, DDS, CPH, MAGD
Executive Director & CEO
Hispanic Dental Association

Gilberto Rios, MPH
HDA, Operations Manager
San Juan, Puerto Rico

Rosa Chaviano-Moran, DMD, FICD
President, Hispanic Dental Association
Associate Dean for Admissions
Rutgers School of Dental Medicine, NJ

Martha J. Mutis, DDS, FICD, MPH, cEdD
Research Advisor and Liaison
National Chair HDA Research Initiative

EDITORIAL/SECTION BOARD

Tyrone F. Rodriguez, DDS, FACD, FAAPD
Editor, JHDA
Private Practice, San Antonio, TX
Dental Director, Yale International Clinic
ADA Spokesperson
AAPD Samuel D. Harris-Past Fellow

Luis Camilo Yepes, DDS, MS
Assistant Editor
Assistant Clinical Professor UT Health San Antonio, TX
Advance General Dentistry Clinic Director UT Health San Antonio, TX

Denisse González Estrada, DDS, MED, FCMO
Secretary and International Editor
Clinical Associate Professor,
Universidad Nacional Autónoma de México

Edwin A. del Valle-Sepúlveda DMD, FAAOMS, FASDA, FACD, FICD, JD
Section Editor and Legal Advisor
Staff Oral and Maxillofacial Surgeon, VAMC
Private practice in San Juan, Caguas and Ponce, PR

Margo Y. Melchor, RDH, MEd, EdD
Dental Hygiene & Student Sections Editor
Director, Community Outreach & Associate
Professor UT Health School of Dentistry at Houston

Victor Rodriguez, DDS, MEd
Section Editor Professional Chapters
General Dentist Private Practice, Houston, TX
Clinical Assistant Professor,
UT Health School of Dentistry at Houston

Gabriel Pérez, DMD Candidate, D3
HDA Student Trustee
Tufts School of Dental Medicine, Massachusetts

(ISSN 2770-324X) online (ISSN 2770-3231) print, is published quarterly on behalf of the Hispanic Dental Association. All rights reserved, Copyright ©2021 by the Hispanic Dental Association.

Annual Subscription rates: Electronic issues for Members Free. Reprints are 20.00 per issue. A 5.00 shipping and handling fee has been added for all subscriptions. Subscriptions outside of the United States must be pre-paid. Total reprint cost \$25.00.

Printed individual copies for outside of the United States are an additional 15.00 US dollars for air freight delivery.

Disclaimer: The statements and opinions in the articles of the Journal of the Hispanic Dental Association are solely those of the individual authors and contributors and not of the Hispanic Dental Association. The appearance of advertisements in the Journal of the Hispanic Dental Association is not a warranty, endorsement or approval of the products or safety. The appearance of advertisements in the Journal of the Hispanic Dental Association and/or the publisher do not make any representation as to the accuracy or suitability of any of the information contained in advertisements and disclaim responsibility for any injury to persons or property resulting from any ideas or products referred to in the articles or advertisements. JHDA reserves the right to accept or reject all advertisements submitted as well as the right to withdraw any advertisement.

For advertising information please visit email us: journal@hdassoc.org. You can also call HDA at 856-3539459.

Permissions and photocopying: For permission and/or rights to use content from the Journal of the Hispanic Dental Association, e-mail operationsmanager@hdassoc.org for assistance.

Journal customer services: For ordering information, claims and any inquiry concerning your journal subscription, please e-mail membership@hdassoc.org or call 1-856-353-9459.

Tarifas de Suscripción Anual: Emisiones electrónicas para Miembros Gratis. Las reimpresiones cuestan 20 dólares por número. Se ha añadido una tarifa de envío y manipulación de 5 dólares para todas las suscripciones. Las suscripciones fuera de los Estados Unidos deben pagarse por adelantado. El costo total de la reimpresión es de 25 dólares.

Las copias individuales impresas para fuera de los Estados Unidos tienen un costo adicional de 15 dólares estadounidenses para la entrega por transporte aéreo.

Descargo de responsabilidad: Las declaraciones y opiniones en los artículos de la Revista de la Asociación Dental Hispana son únicamente de los autores y colaboradores individuales y no de la Asociación Dental Hispana. La aparición de anuncios en la Revista de la Asociación Dental Hispana no constituye una garantía, respaldo o aprobación de los productos o la seguridad. La aparición de anuncios en la Revista de la Asociación Dental Hispana y / o el editor no hacen ninguna representación en cuanto a la precisión o idoneidad de la información contenida en los anuncios y renuncian a responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea o productos a los que se hace referencia en los artículos o anuncios. JHDA se reserva el derecho de aceptar o rechazar todos los anuncios enviados, así como el derecho de retirar cualquier anuncio.

Para obtener información publicitaria, envíenos un correo electrónico a: journal@hdassoc.org. También puede llamar a HDA al 1-856-353-9459.

Permisos y copias: Para obtener permiso y / o derechos para usar el contenido de la Revista de la Asociación Dental Hispana, envíe un correo electrónico a operationsmanager@hdassoc.org para obtener ayuda.

Servicios al cliente de la revista: Para solicitar información, reclamos y cualquier consulta relacionada con su suscripción a la revista, envíe un correo electrónico a membership@hdassoc.org o llame al 1-856-353-9459.

TABLE OF CONTENTS/ TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCTIONS / INTRODUCCIONES

CEO WELCOME/BIENVENIDA DIRECTOR EJECUTIVO Manuel A. Cordero, DDS, CPH, MAGD	(Pgs. 3-5)
PRESIDENTIAL WELCOME/ BIENVENIDA PRESIDENCIAL Rosa Chaviano-Moran, DMD, FICD	(Pgs. 5-7)
CHIEF EDITOR WELCOME/BIENVENIDA EDITOR PRINCIPAL Tyrone Fernando Rodriguez, DDS, FACD, FAAPD	(Pgs. 8-9)
ASSISTANT EDITOR WELCOME/BIENVENIDA EDITOR ASISTENTE Luis Camilo Yepes, DDS, MS	(Pgs. 10-11)

ARTICLES/ARTICULOS

1. Hispanic Oral Health in the United States/ Salud Oral Hispana en Los Estados Unidos Timothy L. Ricks, DMD, MPH, FICD Chief Dental Officer of the U.S. Public Health Service	(Pgs. 13-17)
2. Foreign Educated Dentists (FEDs)-An Untapped National Resource/ Dentistas formados en el Exterior- Un Recurso Nacional sin ser aprovechado Myron Allukian, Jr., DDS, MPH	(Pgs. 19-23)
3. A call for equity and diversity changes in the practice of Dentistry in the United States, Un llamado de cambio en equidad y diversidad en la práctica odontologica en los Estados Unidos. Martha J. Mutis, DDS FICD MPH cEdD, Elias Moron, DDS FICD MPH MHL, Temitayo Adewuyi, DDS FICD MPH, Zohaib Ahmed BDS, FICD, MPH, Sohini Dhar BDS, FICD, MPH, Satpreet Singh BDS, MPH, Syed Misbahuddin BDS, MDPH, MSc., Zeeshan Raja DDS, FICD, MPH, Mandeep Kaur BDS, Steffany Chamut DDS, FICD, MPH	(Pgs. 24-36)
4. Bringing H.O.P.E. to our Hispanic and vulnerable communities in North Carolina: A community dental program led by two Hispanic dental students / Traer H.O.P.E. “Esperanza” a nuestras comunidades hispanas y vulnerables en Carolina del Norte: un programa dental comunitario dirigido por estudiantes hispanos de odontologia. Sylvette Ramos, DS-2, Arlet Montes Sánchez, DS-3, Apoena Ribeiro, DDS, Steve Kizer, DDS	(Pgs. 37-42)
5. Changing Times: A Story (A brief narrative about how changing times, and a dream, influenced a unique and innovative approach to increase access to care for underserved using Community and Migrant Health Centers)/ Tiempos Cambiantes: Una Historia (Una breve narrativa sobre cómo los tiempos cambiantes, y un sueño, influyeron en un enfoque único e innovador para aumentar el acceso a la atención para los menos afortunados utilizando los Centros de Salud Comunitarios y para Migrantes. Neal A. Demby, DMD, MPH, FACD, FICD, D-ABSCD	(Pgs. 43-51)
6. Remembrance Dr. Neal Demby / Semblanza Dr. Neal Demby	(Pg. 52)



PRACTICE SOLUTIONS

The right financial guidance makes all the difference.



Congratulations on the publication of the new Journal of the Hispanic Dental Association!

Get a loan up to \$5 million, and give your practice every advantage

No matter where you are in the growth of your practice, it's important to choose the right financing. At Bank of America Practice Solutions, we've been helping dental professionals achieve their goals for more than 20 years.

Our all-inclusive financing¹ covers all of your needs—from office design and equipment installation to training, supplies and even working capital. We offer the following types of loans:

- Practice startup
- Debt consolidation²
- Commercial real estate (conventional and SBA)³
- Practice acquisition
- Office improvement
- Equipment purchase and upgrade



To better understand your financing opportunities, contact me today.

Camilla Lakia | 614.307.3055 | camilla.lakia@bofa.com



¹ All programs subject to credit approval and loan amounts are subject to creditworthiness. Some restrictions may apply. The term, amount, interest rate and repayment schedule for your loan, and any product features, including interest rate locks, may vary depending on your creditworthiness and on the type, amount and collateral for your loan. Repayment structure, prepayment options and early payoff are all subject to product availability and credit approval. Other restrictions may apply.

² Bank of America Practice Solutions may prohibit use of an account to pay off or pay down another Bank of America account.

³ For Owner-Occupied Commercial Real Estate loans (OOCRE), terms up to 20 years and 51% occupancy are required. Real Estate financing options are subject to approval and product availability is subject to change. For SBA loans, SBA eligibility and restrictions apply.

Small Business Administration (SBA) financing is subject to approval through the SBA 504 and SBA 7(a) programs. Loan terms, collateral and documentation requirements apply. Actual amortization, rate and extension of credit are subject to necessary credit approval. Bank of America credit standards and documentation requirements apply. Some restrictions may apply.

All promotional and marketing materials are Bank of America Practice Solutions property and, as such, cannot be changed, altered or modified, orally or in writing. All questions regarding these materials should be directed or referred to a Bank of America Practice Solutions Sales Associate.

Sponsorship of endorser's products and services is not an expressed opinion or approval by the Bank.

Bank of America and the Bank of America logo are registered trademarks of Bank of America Corporation. Bank of America Practice Solutions is a division of Bank of America, N.A.

©2021 Bank of America Corporation | PS-266-FL | MAP3588264 | 12/2021



Manuel A. Cordero, DDS, CPH, MAGD.
Executive Director & CEO, HDA

The world is not the same since Coronavirus-19 affected our Globe. Just like a virus reacts and develops variants in order to counteract human defenses, so must we as human beings if we are to prevail. Hispanics as well as African American and Native Americans experienced a disproportionately higher incidence of morbidity and mortality than the rest of our population. Healthcare outcomes and access to existing facilities pointed to inequities as a major factor in the higher infection and death rate among these marginalized communities. This Pandemic served as a wakeup call to highlight awareness and take corrective action to eradicate disparities in Healthcare and Social Services systems.

“This Pandemic served as a wakeup call to highlight awareness and take corrective action to eradicate disparities in Healthcare and Social Services systems.”

During the same year, Hispanics were identified as the largest ethnic minority in the 2020 Census. When our organization looked for current scientific studies relating to Hispanic populations, we were shocked to find the lack of current data related to our population and its impact in the Healthcare system of the USA. Unfortunately, the scientific community had not foreseen this inevitable increase in our population, fueled by political policies, migration patterns as well as population growth of Hispanic cultures. Now we recognize that we

are suffering from a shortage of culturally competent oral health professionals serving this population as well as their shortage in Academia and in leadership roles that will impact the oral health outcomes of our population. While we represent almost 20% of the population in the United States, slightly more than 5% of Hispanic Oral health professionals are available to serve this culturally unique population.

Our leadership proposed two areas of action to address these alarming trends: first, to create our own scientific peer reviewed journal (JHDA) and secondly, to develop our own research division to initiate the identification and fuel the execution of many of those studies needed to identify and address present and future needs.

Thanks to CareQuest Institute for Oral Health, we have started our Research Committee and have received our first grant to identify and address the unmet Oral Health needs existing in our country as it relates to Hispanic and other underserved communities.

This Pandemic influenced changes and has created the perfect opportunity for a group of bright and inventive minds to address areas that could result in better outcomes during future Pandemics. New research is needed to help us avoid the level of devastation our underserved communities have experienced. We have learned that not all of us react the same nor do we receive similar care. Our HDA team strives to investigate topics and develop a much needed culturally specific scientific publication.

Dr. Tyrone Rodriguez, Past President, and past student leader, suggested the concept of this journal, designed to serve unmet needs of the Hispanic oral health professionals and communities. Together with his Assistant-editor and experienced researcher, Dr. Luis Yepes, along with the talented Drs. Martha Mutis and Victor Rodriguez, and a group of other talented volunteers this journal has come to life. This professional team pooled their resources and

produced a journal to meet unmet needs. The JHDA will educate, inform and keep readers aware of how Oral Health is affecting our professionals in Healthcare and the people we serve. It is my honor to introduce you to an innovation in professional journalism, the **Journal of the Hispanic Dental Association**.

Proud to serve,

Manuel A. Cordero, DDS, CPH, MAGD
Director Ejecutivo y CEO, HDA

El mundo no es el mismo desde que el Coronavirus 19 afectó a nuestro Globo. Así como un virus reacciona y desarrolla variantes para contrarrestar las defensas humanas, también nosotros como seres humanos debemos prevalecer. Los hispanos, así como los africanos y los nativos americanos experimentaron una incidencia desproporcionadamente mayor de morbilidad y mortalidad que el resto de nuestra población.

Los resultados de la atención médica y el acceso a las instalaciones existentes señalaron las desigualdades como un factor importante en la mayor tasa de infección y mortalidad entre estas comunidades marginadas.

Esta pandemia sirvió como una llamada de atención para resaltar la conciencia y tomar medidas correctivas para erradicar las disparidades en los sistemas de salud y servicios sociales. Durante el mismo año, los hispanos fueron identificados como la minoría étnica más grande en el Censo de 2020. Cuando nuestra organización buscó estudios científicos actuales relacionados con las poblaciones hispanas, nos sorprendió encontrar la falta de datos actuales relacionados con nuestra población y su impacto en el sistema de salud de los Estados Unidos.

Desafortunadamente, la comunidad científica no había previsto este inevitable aumento de nuestra población, impulsado por las políticas, los patrones migratorios y las tendencias reproductivas de las culturas hispanas. Ahora

reconocemos que estamos sufriendo de una escasez de profesionales de la salud bucal culturalmente competentes que atienden a esta población, así como su escasez en la academia y en roles de liderazgo que afectarán los resultados de salud oral de nuestra población. Si bien representamos casi el 20% de la población en los Estados Unidos, un poco más del 5% de los profesionales hispanos de salud oral están disponibles para servir a esta población culturalmente única.

Nuestro liderazgo propuso dos áreas de acción para abordar estas tendencias alarmantes: primero, crear nuestra propia revista científica revisada por pares (JHDA) y, en segundo lugar, desarrollar nuestra propia división de

“ Esta pandemia sirvió como una llamada de atención para concienciar y tomar medidas correctivas para erradicar las disparidades en los sistemas de salud y servicios sociales.”

investigación para iniciar la identificación y alimentar la ejecución de muchos de esos estudios necesarios para identificar y abordar las necesidades presentes y futuras. Gracias al Instituto CareQuest para la Salud Oral, hemos comenzado nuestro Comité de Investigación y hemos recibido nuestra primeras aportaciones para identificar y abordar las necesidades insatisfechas existentes en nuestro país en lo que se refiere a los hispanos y otras comunidades desatendidas. Esta pandemia influyó en los cambios y ha creado la oportunidad perfecta para que un grupo de mentes brillantes e inventivas aborden áreas que podrían resultar en mejores resultados durante futuras pandemias.

Se necesita una nueva investigación para ayudarnos a evitar el nivel de devastación que han experimentado nuestras comunidades desatendidas. Hemos aprendido que no todos reaccionamos de la misma manera ni recibimos una atención similar. Nuestro equipo de HDA se esfuerza por investigar temas y desarrollar

una publicación científica culturalmente específica muy necesaria. El Dr. Tyrone Rodríguez, ex presidente y ex líder estudiantil, desarrolló la idea y el concepto de esta revista, diseñada para atender las necesidades insatisfechas de los profesionales y las comunidades hispanas de la salud oral. Junto con su editor asistente e investigador experimentado, el Dr. Luis Yepes, en colaboración con los talentosos Drs. Martha Mutis y Víctor Rodríguez, y un grupo de otros voluntarios talentosos, esta revista ha cobrado vida. Este equipo profesional reunió sus recursos y produjo una revista para satisfacer

las necesidades insatisfechas. La JHDA educará, informará y mantendrá a los lectores al tanto de cómo la Salud Oral está afectando a nuestros profesionales en la atención médica y a las personas a las que servimos. Es un honor para mí presentarles una innovación en el periodismo profesional, el Journal of the Hispanic Dental Association.

Orgulloso de servir.

Manuel A. Cordero, DDS,CPH, MAGD
Director Ejecutivo y CEO



“I did then what I knew how to do. Now that I know better, I do better.”

Maya Angelou

Rosa Chaviano-Moran, DMD, FICD
2021 HDA President

Welcome to the inaugural issue of the Journal of the Hispanic Dental Association (JHDA).

As I contemplate how to address the launching of the first bilingual journal, dedicated to the Oral Health of Hispanics and Latinos in the USA, I want to make sure that we recognized what a historic and groundbreaking event this is.

As highlighted in Maya Angelou’s quote above, we recognize that education and training are pillars to our profession. Whether you are a dentist, hygienist, dental assistant, dental technician, administrator or academician, your professional skills must evolve with time, and even those things you believe you do well, can eventually be done better.

The science of Oral health, like all other scientific disciplines, improves over time, thanks to ongoing research and the implementation of evidence-based care with our patients. What we learned or knew upon graduation of each one of our programs, evolves, and requires a true commitment to

continuous learning and educational experiences.

The JHDA will serve as a valuable tool and resource for health practitioners and policy makers, on the relevance of addressing the inequities of diagnosis, treatment, or access to care, for Hispanics and other underrepresented communities across the nation. It will also serve as a source where distinguished Hispanic and non-Hispanic authors can address their findings and/or new hypothesis and theories to improve the care and health of our patients. This journal has the potential to serve as a vehicle to communicate recent findings to providers, policy makers and the society at large.

In health-related research, moving discoveries from lab benches to populations is called “translational research”. If we take COVID-19 as an example, scientists did an amazing job of developing new vaccines using mRNA technology that were implemented in record time.

Thanks to the speed of modern computers and communication channels (internet, social media, and virtual meeting platforms), scientists made remarkable contributions to saving lives, (studying and producing vaccines to prevent COVID-19). Lives were and will continue to be saved, thanks to the availability of vaccines. What is important and necessary for us as healthcare providers is to address, is that new treatment options, whether they are for pandemics or oral health, must reach the most vulnerable members of our society and the world, concurrent with everyone else.

Please continue to support our JHDA. We look forward to your feedback and contributions, as we launch this new venture, a key milestone, from the Hispanic Dental Association.

Whether you are from the scientific community, key stakeholders, or members at large, I call on you to be part of this catalyst for the improvement of oral and overall health for Hispanics, Latinos, and other underrepresented people in the United States and globally.

“ This journal has the potential to serve as a vehicle to communicate recent findings to providers, policy makers and the society at large. ”

Rosa Chaviano-Moran, DMD, FICD

Presidenta HDA 2021

"Hice entonces lo que sabía hacer. Ahora que lo sé mejor, lo hago mejor".

— Maya Angelou

Bienvenidos a la edición inaugural de la revista científica de la Asociación Dental Hispana (HDA por sus siglas en ingles). Nuestra revista científica conocida por las siglas JHDA representa un hito en la historia de literatura científica de Salud Oral en los Estados Unidos de Norteamérica.

Cuando comencé a contemplar cómo reconocer este hito, el lanzamiento de la primera revista bilingüe, dedicada a mejorar la salud bucal y el acceso a estos servicios para hispanos y latinos en los Estados Unidos, tuve que asegurarme de que reconociéramos lo histórico y fundamental que es este evento para los profesionales de la salud y nuestros pacientes.

Como se destaca en la cita anterior de Maya Angelou, todos reconocemos que la educación y la capacitación son pilares de nuestra profesión. Si usted es dentista, higienista, asistente dental, técnico dental, administrador o integrante de la academia, sus habilidades profesionales deben evolucionar con el tiempo, e incluso aquellas cosas que cree que hace bien hoy, eventualmente se pueden hacer mejor.

La ciencia de la salud bucal, como todas las demás disciplinas científicas, mejora con el tiempo, gracias a la investigación en curso y la implementación de la atención médica basada en la evidencia y que eventualmente, implementamos con nuestros pacientes. Lo que sabemos actualmente o al graduarse de su programa de capacitación, evoluciona y requiere un verdadero compromiso con la educación continua.

Esta revista JHDA servirá como herramienta y recurso importante para los profesionales de la salud y los formuladores de políticas de salud pública, sobre la prestación de servicios bucales y de cómo abordar las inequidades de diagnóstico, tratamiento o acceso a la atención, de los hispanos y otras comunidades subrepresentadas en todo el país. También servirá como una fuente donde distinguidos autores hispanos y no-hispanos, pueden abordar sus hallazgos y / o nuevas hipótesis y teorías, para mejorar la atención que brindamos a nuestros pacientes. Esta revista tiene el potencial de servir como un vehículo para comunicar los hallazgos recientes a los proveedores de salud y a los responsables de implementar políticas de salud pública en general.

En las investigaciones relacionadas con el campo de la salud, mover los descubrimientos de los laboratorios de investigaciones, a las poblaciones, se denomina "investigación traslacional". Si tomamos como ejemplo el COVID-19, los científicos realizaron una tarea titánica al

descubrir nuevas vacunas utilizando la tecnología de mRNA, que les permitió llevar al mercado, las mismas en tiempo récord. Esto fue a pesar de que no se había realizado algo de esta magnitud y a esta velocidad en el pasado.

Gracias a la velocidad de las computadoras y las plataformas de comunicaciones modernas (internet, redes sociales y plataformas de reuniones virtuales), los científicos hicieron contribuciones notables para salvar vidas (estudiando y produciendo vacunas para prevenir COVID-19). Soy fiel creyente que las vacunas salvan vidas. Lo que es importante y necesario para nosotros como proveedores de atención médica, es que las nuevas opciones de tratamiento ya sean para pandemias o el cuidado bucal, lleguen a las personas más vulnerables de nuestra sociedad o del mundo. Esto debe ser simultáneo con las comunidades de niveles socioeconómicos más altos.

Les exhorto a que continúen apoyando a nuestra revista JHDA y que compartan con nosotros retroalimentación constructiva y contribuyan con sus estudios y artículos, a medida que lanzamos este nuevo recurso - un hito y contribución importante de la Asociación Dental Hispana. Miembros de la comunidad científica, auspiciadores o miembros en general, les pido que sean parte de este extraordinario movimiento dedicado a mejorar la salud oral y general de los hispanos, latinos y otras personas subrepresentadas en los Estados Unidos y en el extranjero.

“Esta revista tiene el potencial de servir como un vehículo para comunicar los hallazgos recientes a los proveedores de salud y a los responsables de implementar políticas de salud pública en general.”



“If I can see far, it is because I have stood on the shoulders of giants” Sir Isaac Newton

In our profession, we are taught to use a “small mirror” to assess beauty, symmetry, and health as well as to diagnose imperfection, anomaly and disease. Yet, rarely do we use the figurative “larger mirror of Science” around us to evaluate what state we are in as a self, a profession and society.

By default, we are all scientists. Science allows for objectivity but history has shown that the human element can blanket results with assumptions tainted by subjectivity and erroneous associations. The outlook for dentistry is tempered by how close we observe versus how broadly we perceive our surroundings. If there is anything this pandemic has taught us, is that the dichotomy of being microscopic and myopic must be tempered with being holistic and global. This journal is a mirror for me as well as a lens and hopefully for you as well to discover details and generalities of my people, to awaken a perspective to show culture is interwoven in the process of what Science creates. If we are to go on this journey together of discovery, we should be ready to ask novel questions to generate unexplored answers.

We live in a world where change is the new norm, our adaptability tempered by our resolve will help us overcome novel challenges. Focusing on our shared values such as the right to wellness and access to care, the Journal for the Hispanic Dental Association (JHDA) has been created. This publication exists with the intent to empower our stakeholders to search for and voice solutions from national and international perspectives. This publication will enable our profession to harness collective power through inquiry, reflection, analysis, respectful commentary, and innovation.

Our resilience as stakeholders in optimizing the oral health for the Hispanic community during the Covid-19 pandemic, will help us achieve best practices and generate novel approaches to solve healthcare problems that are known and some that are unprecedented. Interdisciplinary, “out of the box” and holistic



approaches will be required to impact our communities’ afflictions. As we look outward to serve, we must also look inward to heighten our awareness of self, as dental team members, to bolster “self-wellness” and protect against “professional burnout.”

Ideas provided on this bilingual platform will allow the sharing of our various training, perspectives, cultural and community needs. Collectively, our goal as oral health professionals should be to be lifelong learners and given the opportunity innovators through our voices expressed to the right audience in JHDA.

I am truly humbled and energetically inspired by the passion and talents of the individuals comprising our editorial board. Just as a small child asks, “¿Por qué?”...”Why?” The members of the JHDA editorial board have given me the inspiration to ask you the reader and future contributing author. “¿Why not?... ¿Por qué no?”

The Journal of the Hispanic Dental Association will nurture and facilitate the integrative approach and synergy through our cultures, to place oral health as one of the essential pillars of overall health. With this in mind, we welcome you to our new journal, the Journal of the Hispanic Dental Association.

**Tyrone Fernando Rodriguez, DDS, FACD, FAAPD
Editor-in-Chief, Journal of the Hispanic Dental Association (JHDA)**

"Si puedo ver de lejos, es porque me he apoyado sobre los hombros de gigantes" Sir Isaac Newton

En nuestra profesión, se nos enseña a utilizar un "espejo pequeño" para evaluar la belleza, la simetría y la salud, así como para diagnosticar imperfecciones, anomalías y enfermedad. Sin embargo, rara vez usamos el "espejo más grande" figurativo que nos rodea de la ciencia, para evaluar en qué estado nos encontramos con nuestro ser, nuestra profesión y nuestra sociedad.

Por cierto, todos somos científicos. La ciencia permite la objetividad, pero la historia ha demostrado que el elemento humano puede cubrir los resultados con suposiciones teñidas de carente objetividad y asociaciones erróneas. La perspectiva de la odontología se ve moderada por lo cerca que observamos al individuo en contraste a la amplitud con la que percibimos en nuestro entorno. Si algo nos ha enseñado esta pandemia, es que la dicotomía de ser microscópico y miope debe atenuarse con ser empático, holístico ante nuestro quehacer profesional. Esta revista es un espejo para mí, así como un lente, que deseo compartir, para que usted también descubra detalles y generalidades de nuestra gente, para despertar una perspectiva que demuestre que la cultura está entretejida en el proceso de lo que crea la ciencia. Si vamos a emprender juntos este viaje de descubrimiento, deberíamos estar preparados para hacer preguntas novedosas y en este sentido generar respuestas inexploradas.

Vivimos en un mundo donde el cambio es la nueva norma, nuestra capacidad de adaptación estará dada por nuestra determinación, y esto nos ayudará a superar desafíos novedosos. Centrándonos en nuestros valores compartidos, como el derecho al bienestar y el acceso a la atención, se ha creado la Revista Científica para la Asociación Dental Hispana (JHDA).

Esta publicación existe con la intención de consolidar a nuestras partes interesadas, para que busquen y expresen soluciones y les permita a nuestra profesión, aprovechar el poder colectivo nacional e internacional, a través de la investigación, la reflexión, el análisis, el comentario respetuoso y la innovación.

Nuestra conciencia como profesionales interesados en el ejercer nuestra profesión, es la optimización de la salud bucal de la comunidad hispana, y esto nos ayudará a lograr las mejores prácticas, gracias a nuestra capacidad de resiliencia en esta pandemia Covid-19.

Así como generar enfoques novedosos para resolver problemas de salud actuales de la población y algunos sin precedentes.

Se requerirán enfoques interdisciplinarios, "listos para usar" y holísticos para aminorar las necesidades de nuestras comunidades. A medida que miramos externamente para ejercer nuestro servicio, también debemos hacer una introspección para fortalecer nuestra conciencia a la vez, como miembros de un equipo dental, la cual nos permitirá reforzar el "bienestar personal" y protegernos contra el "agotamiento profesional".

Las ideas proporcionadas en esta plataforma bilingüe, permitirán compartir nuestras diversas necesidades de formación, las perspectivas individuales y colectivas, así como culturales y comunitarias.

En conjunto, nuestro objetivo como profesionales de la salud oral, es adquirir aprendizaje de forma actual y continua, y esto nos brindara la oportunidad de innovarnos, para mejorar la calidad de servicios y programas ofrecidos.

Me siento verdaderamente honrado y energicamente inspirado por la pasión y el talento de las personas que componen nuestro consejo editorial. Así como un niño pequeño pregunta: "¿Por qué? ... Why?" Los miembros del consejo editorial de la JHDA me han inspirado para preguntarle a usted el lector y futuro autor colaborador. "¿Por qué no?... ¿Why not?"

La Revista Científica de la Asociación Dental Hispana nutrirá y facilitará el enfoque integrador, la sinergia a través de nuestras culturas, para colocar la salud oral como uno de los pilares esenciales de la salud Integral. Con esto en mente, le damos la bienvenida a nuestra nueva revista, la Revista Científica de la Asociación Dental Hispana.

Tyrone Fernando Rodríguez, DDS, FACD, FAAPD

Editor Principal, Revista Científica de la Asociación Dental Hispana (JHDA)

Hello HDA family,

This coming December 2021 the Hispanic Dental Association has come together and created the Journal of the Hispanic Dental Association (JHDA), which gives me great pleasure to welcome you, the reader, to our innovative publication.

The scientific and bilingual nature of JHDA provides a platform for knowledge sharing, analytic commentary, and policy refinement for our Hispanic community and profession from various experts in their fields. As an academician, Post-graduate Program Director and Clinic Director, I welcome participation of those allies, institutions, and members of the Hispanic Dental Association at large to support us through your manuscripts, research, and reviewer roles. Help us shape and build a body of knowledge that reflects our passions, perspectives, and diverse talents. We encourage original papers, case reports and editorials that will help us better understand Oral Health and its many facets in an ever changing world.

Researchers, academics, clinicians, residents, students, and oral health allies are invited to submit. Now more than ever, oral health and systematic health are being shaped by dynamic: sociocultural, economic, political



and migratory events in our interconnected world.

All of this will impact the delivery of health care and education for future generations.

With these transcending issues in mind, be our guest as an audience member to unite our collective voices for improving Hispanic Oral Health and overall Health through your contributions. Thank you for your support. We could not do the work we do in our global community and local communities without your talents and time. From all of us at the Journal of the Hispanic Dental Association, bienvenidos.

Sincerely,

Luis Yepes, DDS,MS
Assistant Editor JHDA



www.houstonhda.org



www.gsahda.org

OFFICIAL JOURNAL OF THE
HISPANIC DENTAL ASSOCIATION



www.nthda.com



[www. hdassoc.org](http://www.hdassoc.org)

Become a member /Convirtase en un miembro

Hola familia HDA:

Este diciembre del 2021, la Asociación Dental Hispana se ha unido y ha creado la Revista Científica de la Asociación Dental Hispana (JHDA), que es un gran placer para mí darle la bienvenida a usted, lector de nuestra publicación innovadora.

La naturaleza científica y bilingüe de JHDA proporciona una plataforma para compartir conocimientos, comentarios analíticos y refinamiento de políticas para nuestra comunidad hispana y profesión de varios expertos en sus campos. Como Académico, Director del programa Post grado y Director de Clínica, agradezco la participación de estos aliados, instituciones y miembros de la Asociación Dental Hispana en general, para apoyarnos a través de sus manuscritos, investigaciones y funciones de revisores.

Ven y ayúdanos a formar y construir un cuerpo de conocimiento que refleje nuestras pasiones, perspectivas y diversos talentos.

Solicitamos artículos originales, informes de casos y editoriales que nos apoyaran a comprender mejor la salud oral y sus múltiples facetas en un mundo que esta en constante cambio.

Se les invita a enviar información de los investigadores: académicos, médicos, residentes, estudiantes y aliados de la salud bucal. Ahora más que nunca, la salud oral y la salud sistemática se están moldeando por dinámicas, socioculturales, económicas, políticas y hoy en día también migratorias. Todo esto impacta en la prestación de servicios de salud y la educación para las nuevas generaciones.

Con todo lo anteriormente mencionado, apreciaremos mucho tu participación como parte de estos temas trascendentales para ser un elemento de nuestra voz colectiva y coadyuvar a mejorar la salud bucal y la salud en general hispana. Gracias por su apoyo. No podríamos hacer el trabajo que hacemos en nuestra comunidad global y local, sin sus talentos y su tiempo. Gracias de parte de todos nosotros, el Journal Asociación Dental Hispana (JHDA), así que sean todos bienvenidos.

Atentamente,

**Luis Yepes, DDS,MS
Editor Asistente JHDA**

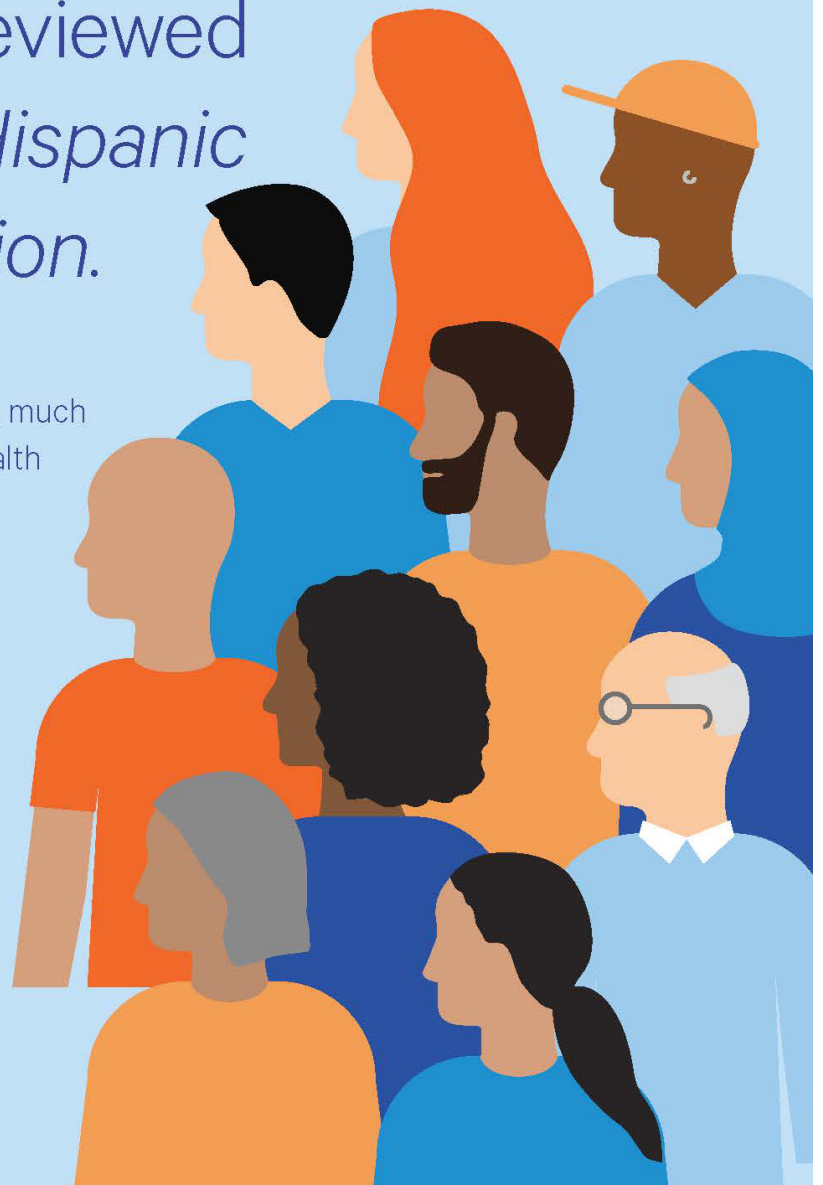
¡Felicidades!

All of us at CareQuest Institute for Oral Health congratulate the Hispanic Dental Association on the launch of the new bilingual, peer-reviewed *Journal of the Hispanic Dental Association*.

This new endeavor is an important and much needed step to elevate leading oral health research and researchers focused on our Hispanic and Latino communities throughout the United States.

CareQuest 
Institute for Oral Health®

carequest.org





HISPANIC ORAL HEALTH IN AMERICA

***Timothy L. Ricks DMD, MPH,
FICD***

Rear Admiral Timothy L. Ricks, DMD, MPH, FICD currently serves as the 20th Chief Dental Officer of the U.S. Public Health Service as well as Assistant Surgeon General, a four-year term appointment he has held since September 2018. He serves as the Surgeon General's spokesperson on oral health and interacts with chief dental officers from other countries, with military chief dental officers, with leaders in organized dentistry and public health, with state oral health programs, and much more. Rear Adm. Ricks has served in the U.S. Public Health Service for over 22 years as a clinician (including being named Indian Health Service national dentist of the year an unprecedented four times) and an administrator. Prior to this service, he was an associate dentist, independent contractor, and sole proprietor, and he also served as a military police officer in the Army National Guard. In addition to his role as USPHS Chief Dental Officer, he currently also serves in various roles in the Indian Health Service and is also an associate professor at Meharry Medical College School of Dentistry. Rear Adm. Ricks has received numerous accolades in his career including the 2021 ADA Distinguished Service Award, the Global Summits Institute 2020 Global Leader of the Year Award, the U.S. Public Health Service Distinguished Service and Meritorious Service Medals, and over six dozen other international, national, USPHS, and agency awards and recognitions. He is a board-certified Diplomate of the American Board of Dental Public Health, a Santa Fe Senior Scholar, and a Fellow of the International College of Dentists and the American College of Dentists.

Shortly after being selected to serve a four-year tenure as the chief dental officer of the U.S. Public Health Service in September 2018, then-president of the Academy of General Dentistry –now chief executive officer of the Hispanic Dental Association (HDA) – Dr. Manuel Cordero introduced me to multiple HDA leaders including Dr. Anna Munné (2018 president), Dr. Ricardo Mendoza (2019 president), Dr. Lilia Larin (2012 president), and others. It has been an honor working with, and learning from, these and other current and past national HDA leaders like Drs. Rosa Chaviano-Moran (current president), Dr. Edwin Del Valle (2020 president), Dr. Francisco Ramos Gomez, Dr. Victor Rodriguez, Dr. Raul Garcia, and many others. I have also had the honor of speaking at multiple HDA events and most recently visiting with the Puerto Rico HDA chapter. Through all of these interactions, I have recognized and valued the strong leadership, advocacy, and passion of these amazing oral health professionals as they strive to uphold the HDA's mission to “promote overall health of the Hispanic/Latinx and underrepresented communities.”

The Hispanic community suffers disproportionately from dental disease. A 2019 report by the CDC showed that Mexican Americans had more than 10% higher prevalence of caries as White, non-Hispanic Americans in children and adolescents: 32.9% vs. 17.9% in children 2 to 5 years of age; 24.5% vs. 13.4% in children 6 to 11 years of age; and 68.9% vs. 54.3% in adolescents 12-19 years of age. In senior adults, the same study showed that Mexican Americans had almost three times the untreated decay rate of White, non-Hispanic Americans, 35.9% compared to 13.4%. In fact, that study showed that compared to both White and Black, non-Hispanic Americans, Mexican Americans had the highest caries prevalence and untreated decay rates in children, adolescents, and older adults.

While this study highlights these oral health inequities, it also has a glaring omission in that other Hispanic subgroups are not included.

According to the HHS Office of Minority Health, while Mexican-Americans do represent 61.4% of the subgroups, followed by Central Americans (9.8%), Puerto Ricans (9.6%), South Americans (6.4%), and Cubans (3.9%). Few national studies, show the prevalence of dental disease in these smaller subgroups, which presents an opportunity and challenge for future research in oral health disparities.

One of the key drivers to oral health inequities across different minority populations is access to culturally competent, linguistically appropriate, affordable, and geographically convenience access to oral health care. According to the Health Resources and Services Administration (HRSA), 64 million people live in 6,725 designated dental health professional shortage areas (HPSAs)³. Unfortunately, minorities are most affected by access to dental care. According to a 2018 report based on the Medical Expenditure Panel Survey⁴, only 46.9% of U.S. Hispanic children had a dental visit in 2017-18, compared to 55.5% of U.S. White children. For adults and seniors, the disparity is even more pronounced, with 27.8% of U.S. Hispanic Adults and 31.8% of U.S. Hispanic Seniors reporting a dental visit in 2017-18, compared to 47.8% of U.S. White Adults and 54.8% of U.S. White Seniors over the same time period. In addition, access to dental care in U.S. Hispanic Adults ranks lower than U.S. Black Adults (28.6%) or U.S. Asian Adults (38.9%). But it's not just access to dental care; a Kaiser Family Foundation analysis⁵ of the 2018 National Health Interview Survey showed that more non-elderly U.S. Hispanic Adults had no health care visit (28%) in 2018 than any other race/ethnicity.

Many factors contribute to lower access to dental care among U.S. Hispanics including cost of care, culturally and linguistically appropriate services, oral health literacy, and other social determinants. Only about half

(50.2%) of U.S. adults aged 18 to 64 years had private dental insurance as of 2017⁶, and the uninsured rate – which also takes into account public coverage – for nonelderly U.S. Hispanics (19% in 2017) ranks as the second highest behind American Indians/Alaska Natives. However, another report using the Medical Expenditure Panel Survey⁷ showed that in 2015, 30.69% of U.S. Hispanics had no dental coverage, higher than any other race/ethnicity, and of the 69.31% with coverage, just over half – 35.02% - had private insurance coverage while the remainder had public coverage (34.29%). With the mean expense of dental care being \$695.88 in 2015 and out-of-pocket costs being almost half (\$307.24) of that, cost of care continues to be a significant barrier to dental care. In fact, cost ranks as the top reason for adults not having visited the dentist, and more people did not get dental care in the past year due to cost than any other type of health care service including medical care, prescription drugs, eyeglasses, or mental health care⁸. Not surprisingly, over one in five U.S. Hispanic Adults delayed health care due to cost as well⁹.

“ The Hispanic community suffers disproportionately from dental disease...”

Given these challenges, however, opportunities emerge. Bi-directional integration of oral health and overall health – whereby not only medical professionals screen their patients for dental disease and provide education and preventive procedures like fluoride varnish applications, but also oral health professionals screen their patients for chronic diseases – presents a unique opportunity for all healthcare providers. A recently released report by the Agency for Healthcare Research and Quality showed that in 2018, 121.2 million Americans had both a dental and medical visit, but 112.3 million had a medical visit only and 28.2 million had a dental visit only. For U.S. Hispanics, the trend was similar, with 15.8 million having both a medical and dental visit, while 20.8 million had just a medical visit and 5.0 million had just a dental visit¹⁰. From the

oral health perspective, oral health professionals can possibly incorporate such things as tobacco use screenings and counseling, hypertension screenings, HPV vaccination education, obstructive sleep apnea screenings, depression screenings, body mass index/obesity screenings, dysglycemia screenings, substance use disorder screening and education, childhood immunization screenings, HIV screenings and testing, cognitive disorder screenings, point-of-care lab testing, and perhaps even vaccine administration into their array of services provided to patients.

I applaud the HDA for the development of this new journal, and I hope articles will highlight the importance of oral health in the Hispanic community, the disparities that exist, and solutions to help achieve oral health equity in this population.

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. Oral Health Surveillance Report: Trends in Dental Caries and Sealants, Tooth Retention, and Edentulism, United States, 1999–2004 to 2011–2016. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2019.
2. Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. Profile: Hispanic/Latino Americans. <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=64>, accessed 29 November 2021.
3. Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. Shortage Areas. <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/shortage-areas>, accessed 29 November 2021.
4. Health Policy Institute, American Dental Association. Dental Care Utilization among the U.S. Population, by Race and Ethnicity. https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/hpigraphic_0421_4.pdf, accessed 30 November 2021.
5. Henry J. Kaiser Family Foundation. Key Facts on Health and Health Care by Race and Ethnicity: Figure 18, Percent of Nonelderly Adults without a Health Care or Dental Visit in the Last 12 Months by Race/Ethnicity. <https://www.kff.org/report-section/key-facts-on-health-and-health-care-by-race-and-ethnicity-coverage-access-to-and-use-of-care/>, accessed 30 November 2021.
6. Blackwell DL, Villarroel MA, Norris T. Regional variation in private dental coverage and care among dentate adults aged 18–64 in the United States, 2014–2017. NCHS Data Brief, no 336. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2019
7. Manski RJ and Rohde F. Dental Services: Use, Expenses, Source of Payment, Coverage and Procedure Type, 1996–2015: Research Findings No. 38. November 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/rf38/rf38.pdf
8. Vujicic M, Buchmueller T, and Klein R. Dental Care Presents the Highest Level of Financial Barriers, Compared to Other

Types of Health Care Services. Health Aff (Millwood). 2016 Dec 1;35(12):2176-2182. doi:10.1377/hlthaff.2016.0800.

9. Henry J. Kaiser Family Foundation. Key Facts on Health and Health Care by Race and Ethnicity: Figure 15, Percent of Nonelderly Adults who did not See a Doctor Due to Cost in the Past 12 Months by Race/Ethnicity. <https://www.kff.org/report-section/key-facts-on-health-and-health-care-by-race-and-ethnicity-coverage-access-to-and-use-of-care/>, accessed 30 November 2021.

10. Manski RJ, Rohde F, and Ricks TL. Trends in the Number and Percentage of the Population with Any Dental or Medical Visits, 2003–2018: Statistical Brief #537. October 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/st537/stat537.pdf

SALUD ORAL HISPANA EN AMÉRICA

***Timothy L. Ricks DMD, MPH,
FICD***

El Contralmirante Timothy L. Ricks, DMD, MPH, FICD actualmente se desempeña como el vigésimo Director Dental del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, así como Asistente del Cirujano General, un cargo de cuatro años que ha ocupado desde septiembre de 2018. Portavoz del Cirujano General sobre salud bucal e interactúa con jefes dentales de otros países, con jefes dentales militares, con líderes en odontología organizada y salud pública, con programas estatales de salud bucal y mucho más. El Contralmirante Ricks se ha desempeñado en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos durante más de 22 años como odontólogo clínico (incluido el haber sido nombrado dentista nacional del año por el Servicio de Salud Indígena en cuatro ocasiones sin precedentes) y administrador. Antes de este servicio, fue dentista asociado, contratista independiente y propietario único, y también se desempeñó como oficial de policía militar en la Guardia Nacional del Ejército.

Además de su rol como Director Dental de USPHS, actualmente también se desempeña en varios roles en el Servicio de Salud Indígena y también es profesor asociado en la Facultad de Odontología del Meharry Medical College. El Contralmirante Ricks ha recibido numerosos elogios en su carrera, incluido el Premio al Servicio Distinguido de la ADA 2021, el Premio al Líder Global del Año 2020 del Global Summits Institute, el Servicio Distinguido y el Servicio Meritorio del Servicio de Salud Pública de EE. UU. Y más de seis docenas de otras medallas internacionales, premios y reconocimientos nacionales, USPHS y de agencias. Es un Diplomado certificado por la junta Estadounidense de Salud Pública Dental, un becario distinguido de Santa Fe y miembro del Colegio Internacional de Dentistas y del Colegio Estadounidense de Dentistas.

Poco después de ser seleccionado para cumplir un mandato de cuatro años como director dental del Servicio de Salud Pública de EE. UU. En septiembre de 2018, el entonces presidente de la Academia de Odontología General y ahora director ejecutivo de la Asociación Dental Hispana (HDA), el Dr. Manuel Cordero me presentó a varios líderes de HDA, incluidos la Dra. Anna Munné (presidenta de 2018), el Dr. Ricardo Mendoza (presidente de 2019), la Dra. Lilia Larin (presidenta de 2012) y otros. Ha sido un honor trabajar y aprender de estos y otros líderes nacionales de HDA actuales y pasados como los Dres. Rosa Chaviano-Moran (actual presidente), Dr. Edwin Del Valle (presidente de 2020), Dr. Francisco Ramos Gómez, Dr. Víctor Rodríguez, Dr. Raúl García y muchos otros. También tuve el honor de hablar en varios eventos de la HDA y, más recientemente, de visitar el capítulo de la HDA de Puerto Rico. A través de todas estas interacciones, he reconocido y valorado el fuerte liderazgo, la defensa y la pasión de estos increíbles profesionales de la salud bucal mientras se esfuerzan por defender la misión de la HDA de "promover la salud general de las comunidades hispanas / latinx y sub-representadas".

La comunidad hispana sufre desproporcionadamente de enfermedades dentales. Un informe de 2019¹ de los CDC mostró que los mexicoamericanos tenían una prevalencia de caries más del 10% más alta que los estadounidenses blancos y no hispanos en niños y adolescentes: 32,9% frente a 17,9% en niños de 2 a 5 años de edad; 24,5% vs 13,4% en niños de 6 a 11 años; y 68,9% vs 54,3% en adolescentes de 12 a 19 años. En adultos mayores, el mismo estudio mostró que los mexicoamericanos tenían casi tres veces la tasa de deterioro sin tratar que los estadounidenses blancos no hispanos, 35,9% en comparación con 13,4%. De hecho, ese estudio mostró que, en comparación con los

estadounidenses blancos y negros, los estadounidenses de origen mexicano tenían la prevalencia más alta de caries y tasas de caries no tratadas en niños, adolescentes y adultos mayores.

Si bien este estudio destaca estas inequidades en la salud bucal, también tiene una omisión evidente en el sentido de que no se incluyen otros subgrupos hispanos. Según la Oficina de Salud de las Minorías del HHS², "mientras que los mexicano-estadounidenses representan el 61,4% de los subgrupos, seguidos por los centroamericanos (9,8%), los puertorriqueños (9,6%), los sudamericanos (6,4%) y los cubanos (3,9%). Pocos estudios nacionales muestran la prevalencia de enfermedades dentales en estos subgrupos más pequeños, lo que presenta una oportunidad y un desafío para la investigación futura sobre las disparidades en la salud bucal.

“ La comunidad Hispana sufre desproporcionadamente de enfermedades dentales.”

Uno de los principales impulsores de las inequidades en la salud bucal en las diferentes poblaciones minoritarias es el acceso a la atención de la salud bucal que sea culturalmente

competente, lingüísticamente apropiado, de costo accesible y conveniente desde el punto de vista geográfico. Según la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), 64 millones de personas viven en 6.725 áreas designadas de escasez de profesionales de la salud dental (HPSAs)³. "Desafortunadamente, las minorías son las más afectadas por el acceso a la atención dental. Según un informe de 2018 basado en la Encuesta del Panel de Gastos Médicos⁴, solo el 46,9% de los niños hispanos de EE. UU. tuvieron una visita al dentista en 2017-18, en comparación con el 55,5% de los niños blancos de EE. UU. Para adultos y personas mayores, la disparidad es aún más pronunciada, con 27,8% de adultos hispanos de EE. UU. que informaron una visita al dentista en 2017-18, en comparación con el 47,8% de los adultos blancos de EE. UU. y el 54,8% de los adultos

mayores blancos de EE. UU. durante el mismo período de tiempo. Además, el acceso a la atención dental en los adultos hispanos de EE.UU. adultos afro-americanos (28,6%) o adultos asiáticos de EE. UU. (38,9%). Pero no se trata solo del acceso a la atención dental; un análisis de la Kaiser Family Foundation de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de 2018 mostró que más adultos hispanos de EE. UU. no ancianos no tenían una visita de atención médica (28%) en 2018 que cualquier otra raza / etnia.

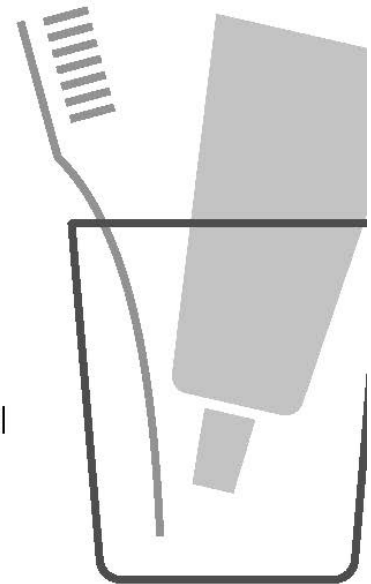
Muchos factores contribuyen a un menor acceso a la atención dental entre los hispanos de EE. UU., incluido el costo de la atención, los servicios cultural y lingüísticamente apropiados, la alfabetización en salud bucal y otros determinantes sociales. Solo aproximadamente la mitad (50,2%) de los adultos estadounidenses de 18 a 64 años tenían seguro dental privado en 2017, y la tasa de personas sin seguro, que también tiene en cuenta la cobertura pública para los hispanos estadounidenses no ancianos (19% en 2017) se ubica como la segunda más alta detrás de los nativos americanos / nativos de Alaska. Sin embargo, otro informe que utilizó la Encuesta del Panel de Gastos Médicos⁷ mostró que en 2015, el 30,69% de los hispanos en EE. UU. no tenían cobertura dental, más alta que cualquier otra raza / etnia, y del 69,31% con cobertura, poco más de la mitad (35,02%) tenían servicios privados cobertura de seguro mientras que el resto tenía cobertura pública (34,29%). Mientras el promedio del gasto de atención dental fue de \$ 695,88 en 2015 y los costos de desembolso personal fueron casi la mitad (\$ 307,24) de eso, el costo de la atención continúa siendo una barrera importante para la atención dental. De hecho, el costo es la razón principal por la que los adultos no han visitado al dentista, y más personas no recibieron atención dental en el último año debido al costo que cualquier otro tipo de servicio de atención médica, incluida la atención médica, medicamentos recetados, anteojos o salud mental⁸. No es sorprendente que más de uno de cada cinco adultos hispanos de EE. UU. retrasen la atención de la salud también debido al costo⁹.

Sin embargo, ante estos desafíos, surgen oportunidades. La integración bidireccional de la salud bucal y la salud en general, mediante la cual no solo los profesionales médicos examinan a sus pacientes para detectar enfermedades dentales y brindan educación y procedimientos preventivos como aplicaciones de barniz de flúor, sino que también los profesionales de la salud bucal examinan a sus pacientes para detectar enfermedades crónicas, presenta una oportunidad única para todos los proveedores de servicios de salud. Un informe publicado recientemente por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica mostró que en 2018, 121.2 millones de estadounidenses tuvieron una visita médica y dental, pero 112.3 millones solo tuvieron una visita médica y 28.2 millones solo tuvieron una visita dental. En el caso de los hispanos en EE. UU., la tendencia fue similar, con 15.8 millones que tuvieron una visita médica y dental, mientras que 20.8 millones tuvieron solo una visita médica y 5.0 millones tuvieron solo una visita dental¹⁰. Desde la perspectiva de la salud bucal, los profesionales de la salud bucal posiblemente pueden incorporar cosas como exámenes de detección de consumo de tabaco y asesoramiento, exámenes de hipertensión, educación sobre la vacunación contra el VPH, exámenes de apnea obstructiva del sueño, exámenes de depresión, exámenes de índice de masa corporal / obesidad, exámenes de detección de disglucemia, exámenes de detección y educación de trastornos por uso de sustancias, exámenes de vacunación infantil, exámenes y pruebas de VIH, exámenes de detección de trastornos cognitivos, pruebas de laboratorio en el punto de atención y tal vez incluso la administración de vacunas en la variedad de servicios que se brindan a los pacientes.

Aplaudo a la HDA por el desarrollo de esta nueva revista y espero que los artículos resalten la importancia de la salud bucal en la comunidad hispana, las disparidades que existen y las soluciones para ayudar a lograr la equidad en la salud bucal en esta población.

REVOLUTIONIZING ORAL HEALTH FOR EVERYONE

At DentaQuest, we are improving the oral health of all by expanding access and affordability and having a greater focus on preventing dental disease. DentaQuest is proud to work with the Hispanic Dental Association to eliminate oral health inequalities and extend our congratulations on the launch of the *Journal of the Hispanic Dental Association*.



DentaQuest. 



Twitter: <https://twitter.com/hdassoc?lang=en>



You tube: <https://www.youtube.com/channel/UCR1zTgD9C5sP3BnWTWr7TAQ>



Facebook: <https://www.facebook.com/HDAssoc/>



Instagram: <https://www.instagram.com/hispanicdentalassociation/>



FOREIGN EDUCATED DENTISTS (FEDs)- AN UNTAPPED NATIONAL RESOURCE

Myron Allukian Jr., DDS, MPH*

For over 50 years, I have worked with foreign-educated dentists (FEDs). They are a unique and significant dental resource for us here in Massachusetts, from being dental school deans, dental researchers, dental educators, health center dentists and dental directors.

FEDs are an untapped national resource:

- If it wasn't for a FED, we would not have APF topical fluoride treatment in the US.¹
- If it wasn't for FEDs, our community health center (CHC) dental programs in Massachusetts would not be able to provide over 600,000 patient visits a year to help serve the most vulnerable in our state.
- If it wasn't for FEDs, we wouldn't have been able to provide complex oral surgery services in four of our CHCs.
- Nationally, only 6.2% of US dentists are FEDs compared to about 25% of US physicians who are foreign educated and

“Nationally, only 6.2% of US dentists are FEDs compared to about 25% of US physicians who are foreign educated and more than half of geriatric physicians are foreign educated.”

more than half of geriatric physicians are foreign educated.^{2,3}

- The US population is changing and the dental workforce is way behind. Only 5.9% of US dentists are Hispanic,⁴ but 25.6% of US children under age 18 are Hispanic.⁵
- For other minorities, only 4.3% of US dentists are Black compared to 12.4% of the US population, and for Native Americans, it's much worse, only 0.2% for 3% of the US population.^{4,6}
- Only 61% of US dental schools have an advanced standing education program for FEDs.⁷

Massachusetts may be unique as its probably the only state in the US that allows a FED to get a one year limited (in time only) license, renewable yearly for 5 years. to work in a non-profit program such as a community health center (CHC) or a dental school. After 5 years they must take the CDCA - WREB clinical exam, unless they are faculty at a dental school. After they pass the CDCA-WREB clinical exam, the Massachusetts limited license for FEDs is good forever to work in non-profit programs.^{8,9}

In my 10 years on the Massachusetts State Dental Board, 5 years as Chair or Secretary, we had thousands of complaints, I don't remember a single one for a FED.

The Massachusetts Hispanic Dental Association has been a great resource for helping FEDs from Hispanic and non-Hispanic countries including the Middle East to have a future in the United States.¹⁰ I am proud to have been able to work with them over the years.

FEDs are dentists who have graduated from a dental school outside the United States or Canada.¹¹ FEDs cannot get a license in most states unless they have graduated from an ADA accredited dental school either for 4 years or as an Advanced Dental Student for two or more years. Some states allow a FED to get a license

if they have 2 years of postgraduate dental education in an ADA accredited program.¹²

FEDs are a unique resource for dental care as they usually have extensive patient experience and speak several languages including English, thus reaching the cultural and linguistic minorities in our country as well as vulnerable populations including the elderly who have great unmet dental needs.¹³ Racial/ethnic minority dentists are twice as likely as White dentists to accept new Medicaid patients.¹⁴ When oral health hopefully becomes part of Medicare, FEDs may be even more helpful.

Recommendations

1. Other states should look at the Massachusetts State Dental Practice Act so that they have a pathway for FEDs to utilize their knowledge and skills to help meet the great unmet dental needs of our country.
2. More dental schools should recruit and develop financially realistic programs for minorities and FEDs,
3. Organized dentistry should develop programs and policies to recruit and assist minorities and FEDs on the local, state, and national level.
4. Big business, corporations, foundations and dental equipment/supply companies should provide scholarships and financial aid for minorities and FEDs.

Let's not forget that the forefathers of 97% of the US population were immigrants at one time. From 2000-2021, 33% of US Nobel Prize Winners in Medicine were immigrants.¹⁵ We have a great untapped national resource of minorities, immigrants and FEDs in the United States. Let's all work together to better meet the great unmet dental needs of our country, recruit minorities and help FEDs have a meaningful professional career and future in our country as we do.

Thank you,

*** Myron Allukian Jr., D.D.S., M.P.H.**

Former City of Boston Dental Director

Past President, American Public Health Association

Board Certified in Dental Public Health

Faculty, Harvard, Tufts and Boston University Schools of Dental Medicine.

p.s. A special thank you to Elías Morón, DDS, MPH, MHL, Clinical Assistant Professor at Nova Southeastern University for his assistance and Spanish translation.

Editorial note

Dr. Allukian's mother was an Armenian Genocide survivor, both of his parents were immigrants and neither finished high school. Dr. Allukian was born in Cambridge, Massachusetts, raised in Boston. He is a graduate of Boston Latin School, Tufts College (BS in Psychology), a DDS from the University of Pennsylvania, a MPH from Harvard, and a Meritorious Postdoctoral Fellow at the Harvard School of Dental Medicine. He was the first Vietnam Veteran and the second dentist to be President of the American Public Health Association, is an internationally recognized public health expert, and a National Academy of Medicine member. In 2019, the Hispanic Dental Association (HDA) honored him for his many contributions in leading and empowering minority dentists. Dr. Allukian has been called "The Social Conscience of Dentistry."

References

1. Newbrun E. Finn Brudevold: discovery of acidulated phosphate fluoride in caries prevention. *J Dent Res.* 2011 Aug;90(8):977-80. doi: 10.1177/0022034511408614. Epub 2011 May 17. PMID: 21586665.

2.Foreign Educated Dentists. American Dental Association, Health Policy Institute Analysis of the ADA Masterfile; Unpublished data.

3.International Medical Graduates (IMG) toolkit: Introduction. American Medical Association. 2021. Accessed on October 4th, 2021. Available from: https://www.ama-assn.org/education/international-medical-education/international-medical-graduates-img-toolkit-introduction?utm_source=twitter&utm_medium=social_ama&utm_term=5355999434&utm_campaign=MMX&utm_effort=FBB014

4.The Dentist Workforce – Key Facts. Health Policy Institute. American Dental Association. Accessed on October 4th, 2021. Available from: https://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIgraphic_0221_1.pdf

5.Population Distribution of Children by Race/Ethnicity. Kaiser Family Foundation (KFF). 2019. Accessed on October 8th, 2021. Available from: <https://www.kff.org/other/state-indicator/children-by-race-ethnicity/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

6.UB dental program aims to increase number of Native American dentists. University at Buffalo. Accessed on October 12th, 2021. Available from: <http://www.buffalo.edu/ubnow/stories/2019/07/native-american-dentists.html>

7.ADEA CAAPID Directory. American Dental Education Association. 2021. Accessed on October 8th, 2021. Available from: https://www.adea.org/dental_education_pathways/CAAPID/Pages/CAAPIDDirectory.aspx

8.Dental Licenses. Mass.gov. Accessed on October 4th, 2021. Available from: <https://www.mass.gov/dental-licenses>

9.Limited Dental Licenses. Mass.gov. Accessed on October 4th, 2021. Available from: <https://www.mass.gov/limited-dental-licenses>

10.Massachusetts Hispanic Dental Association. HDA Professional Chapters. Accessed on October 4th, 2021. Available from: <https://www.hdassoc.org/massachusetts-hispanic-dental-association>

11.Foreign-Educated Dentists. American Dental Student Association (ADEA). Accessed on October 2nd, 2021. Available from: https://www.adea.org/godental/non-traditional_applicants/foreign-educated_dentists.aspx

www.adea.org/godental/non-traditional_applicants/foreign-educated_dentists.aspx

12.State Licensure for International Dentists. American Dental Association. Accessed on October 3rd, 2021. Available from: <https://www.ada.org/en/education-careers/licensure/state-licensure-for-the-international-dentists>

13.Bazargan N, Chi DL, Milgrom P. Exploring the potential for foreign-trained dentists to address workforce shortages and improve access to dental care for vulnerable populations in the United States: a case study from Washington State. BMC Health Serv Res. 2010;10:336.

14.Okunseri C, Bajorunaite R, Abena A, Self K, Iacopino AM, Flores G. Racial/ethnic disparities in the acceptance of Medicaid patients in dental practices. J Public Health Dent. 2008 Summer;68(3):149-53. doi: 10.1111/j.1752-7325.2007.00079.x. PMID: 18248337.

15.Immigrants and Nobel Prizes: 1901-2020, NFAP Policy Brief, National Foundation for American Policy, 2020. Accessed on October 18th, 2021. Available from: <https://nfap.com/wp-content/uploads/2021/10/Immigrants-and-Nobel-Prizes-1901-to-2021.NFAP-Policy-Brief.October-2021.pdf>



The Hispanic Dental Association is a 501 c (3) non-profit national professional association with diverse membership including dental health professionals, dental students, dental auxiliaries, dental administrators and other dental allies.

ODONTÓLOGOS EDUCADOS EN EL EXTRANJERO (OEE): UN RECURSO NACIONAL SIN EXPLOTAR

Myron Allukian Jr., DDS, MPH*

Durante más de 50 años, he trabajado con odontólogos educados en el extranjero (OEE). Son un recurso único y significativo para nosotros en el estado de Massachusetts, desde decanos en las universidades, investigadores, profesores, odontólogos en centros de salud y directores.

Los OEE son un recurso nacional sin explotar:

- Si no fuera por los OEE, no tendríamos tratamiento con flúor tópico acidulado en los Estados Unidos.¹
- Si no fuera por los OEE, nuestros programas dentales de centros de salud comunitarios en Massachusetts no podrían brindar más de 600.000 visitas de pacientes al año para ayudar a los más vulnerables en nuestro estado.
- Si no fuera por los OEE, no habiéramos podido brindar servicios complejos de cirugía oral en cuatro de nuestros centros de salud comunitarios.
- A nivel nacional, solo el 6.2% de los odontólogos en Estados Unidos han sido educados en el extranjero, en comparación con aproximadamente el 25% de los médicos de los Estados Unidos quienes han sido educados en el extranjero y más de la mitad de los médicos geriatras tienen educación en el extranjero.^{2,3}
- La población de los Estados Unidos está cambiando y la fuerza laboral dental está muy rezagada. Solo el 5.9% de los odontólogos estadounidenses son hispanos,⁴ pero el 25.6% de los niños estadounidenses menores de 18 años son hispanos.⁵
- Para otras minorías, sólo el 4.3% de los odontólogos en Estados Unidos son de raza negra en comparación con el 12.4% que es el total la

población de raza negra de los Estados Unidos, y para los nativos americanos es mucho peor, el 0,2% de odontólogos para el 3% de la población nativa americana de los Estados Unidos.^{4,6}

- Solo el 61% de las escuelas de odontología de los Estados Unidos tienen un programa de educación avanzada para los odontólogos educados en el extranjero.⁷

Massachusetts probablemente sea el único estado en los Estados Unidos que permite a los odontólogos educados en el extranjero obtener una licencia limitada por un año que puede renovarse anualmente por 5 años para trabajar en programas sin fines de lucro, como en un centro de salud comunitario (CHC) o en una universidad. Después de los 5 años deben tomar el examen clínico CDCA - WREB, a menos que sean profesores en una escuela de odontología. Después de aprobar el examen clínico CDCA-WREB, la licencia limitada de Massachusetts para los odontólogos educados en el extranjero es válida por siempre para trabajar en programas sin fines de lucro.^{8,9}

En mis 10 años en la Junta Dental del Estado de Massachusetts, 5 años como presidente o secretario, tuvimos miles de quejas, no recuerdo una sola para un odontólogo educado en el extranjero.

La Asociación Dental Hispana de Massachusetts ha sido un gran recurso para ayudar a los odontólogos educados en el extranjero de países hispanos y no hispanos, incluido el Medio Oriente, a tener un futuro en los Estados Unidos.¹⁰ Estoy orgulloso de haber podido trabajar con ellos a lo largo de los años.

Los OEE son odontólogos que se han graduado de una escuela de odontología fuera de los Estados Unidos o Canadá.¹¹ Los OEE no pueden obtener una licencia para trabajar como odontólogos en la mayoría de los estados a menos que se hayan graduado de una escuela de odontología acreditada por la Asociación Dental Americana durante 4 años o como estudiante de odontología avanzada durante dos o más años. Algunos estados permiten que los OEE obtengan un permiso si tienen 2 años o más de educación avanzada en un programa acreditado por la Asociación Dental Americana.¹²

Los OEE son un rico recurso para la atención dental, ya que generalmente tienen una amplia experiencia con los pacientes y hablan varios idiomas, incluido el inglés, llegando así a las minorías culturales y

lingüísticas de nuestro país, así como a las poblaciones vulnerables incluyendo a los ancianos quienes tienen grandes necesidades dentales insatisfechas.¹³ Los odontólogos de minorías raciales/étnicas tienen el doble de probabilidades que los odontólogos blancos de aceptar nuevos pacientes de Medicaid¹⁴ Cuando la salud oral haga parte del Medicare, los OEE pudieran ser aún más útiles.

Recomendaciones

1. Otros estados deberían considerar la Ley de Práctica Dental del Estado de Massachusetts para que los OEE puedan utilizar sus conocimientos y habilidades para ayudar a satisfacer las grandes necesidades dentales insatisfechas de nuestro país.

2. Más escuelas de odontología deberían contratar y desarrollar programas financieramente realistas para las minorías y los OEE.

3. La odontología organizada debe desarrollar programas y políticas para reclutar y ayudar a las minorías y los OEE a nivel local, estatal y nacional.

4. Las grandes empresas, las corporaciones, las fundaciones y las empresas de equipos / suministros dentales deben proporcionar becas y ayuda financiera para las minorías y los OEE.

No olvidemos que nuestros antepasados, el 97% de la población de los Estados Unidos, fueron inmigrantes. Entre los años 2000 y 2021, el 33% de los ganadores del premio Nobel de Medicina en los Estados Unidos fueron inmigrantes.¹⁵ Tenemos un gran recurso nacional sin explotar de minorías, inmigrantes y OEE en los Estados Unidos. Trabajemos todos juntos para satisfacer mejor las grandes necesidades dentales insatisfechas de nuestro país, reclutar minorías y ayudar a los OEE a tener una carrera profesional significativa y un futuro en nuestro país como lo hacemos nosotros.

Gracias,

* Myron Allukian Jr., D.D.S., M.P.H.

Ex director dental de la ciudad de Boston

Ex-presidente de la Asociación Estadounidense de Salud Pública

Certificado por la Junta en Salud Pública Dental

Profesor de las facultades de Medicina Dental de las Universidades de Harvard, Tufts y Boston.

PD. Un agradecimiento especial a Elías Morón, DDS, MPH, MHL, FICD, Clinical Assistant Professor en Nova Southeastern University, por su ayuda y traducción al español.

Nota editorial

La madre del Dr. Allukian era una sobreviviente del genocidio armenio, sus padres eran inmigrantes y

“ A nivel nacional, solo el 6.2% de los odontólogos en Estados Unidos han sido educados en el extranjero, en comparación con aproximadamente el 25% de los médicos de los Estados Unidos quines han sido educados en el extranjero.”

ninguno terminó la escuela secundaria. El Dr. Allukian nació en Cambridge, Massachusetts, se crió en Boston, Massachusetts. Es graduado de Boston Latin School, Tufts College (BS en Psicología), doctorado en cirugía dental de la Universidad de Pennsylvania, maestría en salud pública de la universidad de Harvard y un Meritorio Postdoctoral Fellow en la Escuela de Medicina Dental de la universidad de Harvard. Fue el primer veterano de Vietnam y el segundo dentista en ser presidente de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, es un experto en

salud pública reconocido internacionalmente y miembro de la Academia Nacional de Medicina. En 2019, la Asociación Dental Hispana lo honró por sus muchas contribuciones para guiar y fortalecer odontólogos minoría. El Dr. Allukian ha sido llamado "La conciencia social de la odontología".

A CALL FOR EQUITY AND DIVERSITY CHANGES FOR PRACTICING DENTISTRY IN THE UNITED STATES

Martha J. Mutis DDS FICD MPH cEdD
*National Chair HDA Research Initiative
Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Elías Morón DDS FICD MPH MHL
*Nova Southeastern University College of
Dental Medicine - Clinical Assistant
Professor
Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Temitayo Adewuyi DDS FICD MPH
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Zohaib Ahmed BDS, FICD, MPH
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Sohini Dhar BDS, FICD, MPH
*A.T. Still University of Health Sciences,
College of Graduate Health Studies,
Master of Public Health Program –
Adjunct Faculty
Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Satpreet Singh BDS, MPH
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Syed Misbahuddin BDS, MDPH, MSc.
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Zeeshan Raja DDS, FICD, MPH
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Mandeep Kaur BDS
*Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Steffany Chamut DDS, FICD, MPH
*Harvard School of Dental Medicine -
Instructor, Oral Health Policy and
Epidemiology
Hispanic Dental Association New York
Chapter (NYHDA), Research member*

Abstract

In the last years, three dental organizations in the United States made a careful analysis by a joint effort, making a critical call-to-action that approaches issues of significant importance to the dental profession and the public it serves. A 2018 report co-authored by a joint task force of the American Dental Association, American Dental Education Association, and American Student Dental Association called to eliminate the use of single patient encounters and remove restrictions on the portability of dental licensure. This brief umbrella review addresses the topic proposed by that joint tripartite effort in 2018, highlighting their reasons for a change, presenting each U.S. state's current regulatory status, and promoting the proposed pathway forward to take place over the next five years.

Keywords: Dental License; Postgraduate Education; Postdoctoral Education; Foreign Educated Dentists; FEDs; Dental Licensure Reform; License pathways; Based Patient Exams; Single Encounter; Clinical Assessments; Dental Workforce; Licensure Portability; Health Policy; Diversity; Multicultural.

Introduction

A task force was formed in 2018 to address changing dental licensing in the U.S., and it published a report calling for a change on the rules about practicing dentistry in the United States. ¹ This Taskforce was a Joint effort of the American Dental Association (ADA), American Dental Education Association (ADEA), and the American Student Dental Association (ASDA).

This Task Force detected two critical challenges and priority concerns that should be driven by the state boards across the country about the existing licensure process in most states. The first challenge involved single encounter, procedure-based examinations on patients as part of the licensure examination. ¹ The second challenge was related to the mobility challenges that are unduly burdensome and unnecessary for ensuring patient safety. ^{1,2}

That same year, the American Dental Hygienists' Association (ADHA) released a national statement supporting the Elimination of a Patient Procedure Based Single Encounter Clinical Licensure Examination for graduates from accredited dental hygiene programs in the United States. ³ Equally, the ADHA announced in that statement their interest to join the

Coalition for Dental Licensure Reform, already formed by the ADA, ADEA, and ASDA. ³

Legal framework

The states' legal authority to license professions started in 1889 when the Supreme Court in West Virginia established the rights of states to license professions. ¹ In the United States, to obtain dental licensure in a specific state, applicants must typically meet three basic requirements: a dental education, a national board written exam, and a dental or dental hygiene clinical skills exam. California, Colorado, Connecticut, Minnesota, and Ohio offer the postgraduate year residency (PGY1) alternative to the clinical exam. Currently, New York is mandating a postgraduate dental year of residency to obtain the license as a dentist instead of the Clinical examination. Washington has an option for PGY1 completed in that state in specific settings, and Delaware requires a PGY1 and a state-specific clinical examination ([Table 1 – Clinical Exam or Another Requirement per U.S. State](#)).
*COMPLETE CHART AVAILABLE AT END OF JOURNAL).

The growing trend in the country to advocate and move away from using live patients in licensure assessment found the perfect storm with the Covid-19 pandemic. During this global emergency, patient and dental staff safety concerns made live patient exams difficult and impractical. Several licensing

TABLE 1 - CLINICAL EXAM OR ANOTHER REQUIREMENT PER US STATE (FOLLOW-UP 2020 - 2021)

RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)									
STATE		CLINICAL EXAMINATION OR ANOTHER REQUIREMENT	SRTA	CITA/ADEX	CDCA/ADEX	WREB	CRDTS	OWN EXAMINATION	PGY-1
ALABAMA	AL	CDCA, CITA, SRTA, CRDTS	Y	Y	Y	N	Y		
ALASKA	AK	WREB	N	N	N	Y	N		
ARIZONA	AZ	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA or WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
ARKANSAS	AR	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
CALIFORNIA	CA	WREB or PGY1	N	N	N	Y	N		PGY1
COLORADO	CO	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY1
CONNECTICUT	CT	CDCA, CITA, OR PGY1	N	Y	Y	N	N		PGY1
DELAWARE	DE	Delaware Practical Board Examination AND PGY1	N	N	N	N	N	Y	PLUS PGY-1
WASHINGTON DC	DC	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
FLORIDA	FL	ADEX	N	Y	Y	N	N		
GEORGIA	GA	CRDTS	N	N	N	N	Y		
HAWAII	HI	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
IDAHO	ID	CDCA, CITA, CRDTS, WREB	N	Y	Y	Y	Y		
ILLINOIS	IL	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
INDIANA	IN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
IOWA	IA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
KANSAS	KS	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
KENTUCKY	KY	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
LOUISIANA	LA	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MAINE	ME	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		

*As of Dec. 2021

TABLE 1 - CLINICAL EXAM OR ANOTHER REQUIREMENT PER US STATE (FOLLOW-UP 2020 - 2021)									
RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)									
STATE		CLINICAL EXAMINATION OR ANOTHER REQUIREMENT	SRTA	CITA/ADEX	CDCA/ADEX	WREB	CRDTS	OWN EXAMINATION	PGY-1
MARYLAND	MD	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MASSACHUSETTS	MA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MICHIGAN	MI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MINNESOTA	MN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY 1
MISSISSIPPI	MS	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MISSOURI	MO	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MONTANA	MT	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEBRASKA	NE	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEVADA	NV	CITA, CDCA, WREB	N	Y	Y	Y	N		
NEW HAMPSHIRE	NH	CITA, CDCA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEW JERSEY	NJ	CITA, CDCA	N	Y	Y	N	N		
NEW MEXICO	NM	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEW YORK	NY	PGY1	N	N	N	N	N		PGY 1
NORTH CAROLINA	NC	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
NORTH DAKOTA	ND	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
OHIO	OH	CDCA, CRDTS, SRTA, WREB, or PGY1	Y	N	Y	Y	Y		PGY 1
OKLAHOMA	OK	WREB	N	N	N	Y	N		
OREGON	OR	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
PENNSYLVANIA	PA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
RHODE ISLAND	RI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
SOUTH CAROLINA	SC	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA	Y	Y	Y	N	Y		
SOUTH DAKOTA	SD	CRDTS, WREB	N	N	N	Y	Y		
TENNESSEE	TN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
TEXAS	TX	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
UTAH	UT	CDCA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	N	Y	Y	Y		
VERMONT	VT	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
VIRGINIA	VA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WASHINGTON	WA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY 1
WEST VIRGINIA	WV	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WISCONSIN	WI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WYOMING	WY	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
PUERTO RICO	PR	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
VIRGIN ISLANDS	VS	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		

*As of Dec. 2021

agencies offered manikin-based portions of its exams that have the potential to be adopted at the state and federal level after this pandemic.

The first challenge

In addressing the first challenge, the Task Force defined the single encounter as procedure-based examinations on patients, which virtually all states currently use to fulfill the clinical examination requirement. ¹ The Task Force found that this approach demonstrated to be subject to random error, without strong validity evidence, and not reflective of the broad set of skills and knowledge expected of a dentist; "and poses ethical challenges for test-takers, dental schools, and the dental profession." ¹

According to the task force report, the single encounter may not be in the best interest of the patients who participate in the examination process, affecting the standard of care, limiting their follow-up dental care, and compromising the ethical treatment of patients. ¹ In the same context,

senior dental students away from their school sites and experienced dentists who must take second or third clinical exams to apply for licensure in a new state face challenges related to the single encounter examinations. ¹ In regard to the ethical concerns on these examinations, the American Dental Association's Council on Ethics, Bylaws, and Judicial Affairs (CEBJA) confirmed that the patient protection protocols in these types of exams must be similar to those used by research and academic institutions in medical clinical studies. ⁴ Nevertheless, most clinical examinations are performed without these recommended precautions. (Table 1 – Clinical Exam or Another Requirement per U.S. State

*COMPLETE CHART AVAILABLE AT END OF JOURNAL)

The second challenge

Licensure portability also presents a significant issue for the dental profession in both expected and unexpected ways. Most students at over half of the country's dental schools do not practice in the same state where they were

TABLE 2 - LICENSURE PATHWAY FOR DENTISTS IN US (FOLLOW-UP 2018 - 2021)

RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)

	STATES, DISTRICTS, TERRITORIES AND POSSESSIONS	Limited Licensing		Licensing by Clinical Credentials U.S. (Reciprocity)	Licensing by Clinical Credential Foreign (Endorsement)	Licensing by teaching credentials US	CLINICAL EXAMS ACCEPTED BY STATE							DENTAL HYGIENE LICENSE			DENTAL ASSISTANT CERTIFICATION				
		Dental Intern	Teaching				by Case review	And Board Exam!	And Board Exam!	AEGD (lieu of clinical examination)	SRTA	CITA/ADEX	CDEA/ADEX	WREB	CKRDS	OWN STATE EXAM		By Credentials	Board Exam	Advanced Standing	Required by State Board
1	AL ALABAMA	Y	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N			
2	AK ALASKA	N	Y	Y	5 years	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N			
3	AZ ARIZONA	N	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
4	AR ARKANSAS	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
5	CA CALIFORNIA	N	Y	Y	2.5 years	N	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N			
6	CO COLORADO	N	Y	Y	5 years	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
7	CT CONNECTICUT	N	Y	Y	0 years	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
8	DE DELAWARE	Y	Y	Y	3 years	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N			
9	DC WASHINGTON DC	N	N	Y	0 years	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
10	FL FLORIDA	Y	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N			
11	GA GEORGIA	N	N	Y	0 years	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N			
12	HI HAWAII	N	Y	Y	3 years	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
13	ID IDAHO	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
14	IL ILLINOIS	N	Y	Y	5 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y			
15	IN INDIANA	N	Y	Y	5 years	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
16	IA IOWA	N	Y	Y	0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y			
17	KS KANSAS	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
18	KY KENTUCKY	Y	Y	Y	5 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
19	LA LOUISIANA	N	Y	Y	3 years	N	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
20	ME MAINE	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
21	MD MARYLAND	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y			
22	MA MASSACHUSETTS	Y	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y			
23	MI MICHIGAN	N	Y	Y	5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y			
24	MN MINNESOTA	N	Y	Y	0 years	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	Y			
25	MS MISSISSIPPI	N	Y	Y	5 years	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
26	MO MISSOURI	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
27	MT MONTANA	Y	Y	Y	5 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
28	NE NEBRASKA	N	Y	Y	3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
29	NV NEVADA	N	Y	Y	0 years	N	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N			
30	NH NEW HAMPSHIRE	N	N	Y	3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
31	NJ NEW JERSEY	N	Y	Y	5 years	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
32	NM NEW MEXICO	Y	N	Y	3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
33	NY NEW YORK	Y	Y	Y	2 years	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N			
34	NC NORTH CAROLINA	N	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N			
35	ND NORTH DAKOTA	N	Y	Y	5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
36	OH OHIO	N	N	Y	5 years	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
37	OK OKLAHOMA	N	Y	Y	5 years	N	Y	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N			
38	OR OREGON	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
39	PA PENNSYLVANIA	N	Y	Y	5 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
40	RI RHODE ISLAND	Y	N	Y	0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
41	SC SOUTH CAROLINA	N	Y	Y	5 years	N	N	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N			
42	SD SOUTH DAKOTA	N	N	Y	3 years	N	N	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
43	TN TENNESSEE	Y	Y	Y	2 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
44	TX TEXAS	N	N	Y	3 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
45	UT UTAH	N	Y	Y	5 years	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
46	VT VERMONT	N	N	Y	5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
47	VA VIRGINIA	N	N	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
48	WA WASHINGTON	N	N	Y	4 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
49	WV WEST VIRGINIA	N	Y	Y	0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
50	WI WISCONSIN	N	N	Y	3 years	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
51	WY WYOMING	N	Y	Y	5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N			
52	PR PUERTO RICO	N	N	Y	0 years	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N			
53	VI VIRGIN ISLANDS	N	Y	Y	0 years*	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N			
		10	34	53	3	15		34	46	45	38		37	0	0	1	6				
		43	19	0	50	38		19	7	8	15		16	53	53	52	47				
		53	53	53	53	53		53	53	53	53		53	53	53	53	53				

*As of Dec. 2021

spouses following a new military posting for their partners, mobilization and enrollment of dental faculty across state lines, and dentists' ability to participate in volunteer outreach efforts to increase access to care, such as Missions of Mercy. ¹ Equally, economic studies have demonstrated far more cases where occupational licensing has reduced employment and increased prices and wages of licensed workers than where it has improved the quality and safety of services, ^{1,6} also showing that currently "three occupations stand out with substantially limited interstate migration, at a level comparable to lawyers: social workers, dental hygienists, and dentists." ^{1,7}

Restrictions on dental licensure portability also affect the mobility of Hispanic Foreign Educated Dentists

(FEDs), understanding that historically, 1 in 4 Hispanic dentists is foreign-trained. ^{9,10} Assessing the various educational pathways available in the U.S. for FEDs is an economic challenge and, in time, influenced by the mobility limitations between states. This process has a high cost in access and quality of services, understanding that a significant gap in parity remains between the proportion of the U.S. population that is Hispanic or Latino and the proportion of the U.S. dentist population from the same ethnicity. ⁹ Nine states allow license eligibility to FEDs who complete an advancing standing program and a postgraduate residency program. In comparison, seven states allow FEDs to be eligible for licensure after completing an AEGD program or GPR without completing the Advancing standing

program.¹⁰ However, the lack of knowledge in the accreditation standards of the programs where these Hispanic FEDs have graduated increases regulations and mobility limitations. (Table 2 – Licensure Pathway for Dentists in the U.S. *COMPLETE CHART AVAILABLE AT END OF JOURNAL)

Recommendations

To summarize, the Task Force on Assessment of Readiness for Practice calls for state dental boards across the country to eliminate the single encounter, procedure-based patient exams, replacing these with clinical assessments that have more substantial validity and reliable evidence. Advocacy efforts for non-patient-based exams started based on events like the contemporaneous pandemics. It must continue under the current circumstances, showing that the profession must adapt to what the present world is experiencing. A non-patient-based exam could eliminate unnecessary exposure for patients and students and means that students are no longer tasked with securing their patients for licensure exams.

Additionally, the Task Force calls for increased mobility for new and practicing dentists by accepting all clinical examinations and pathways to licensure for portability in the short term. Also, the Task Force calls for accepting a common core of requirements for licensure by credentials in the mid-term and investigating the establishment of licensure compacts among states in the longer term.

The authors call for increased tracking of dental workforce diversity. This call can be seen as an excellent endeavor for a more diverse and multicultural dental workforce, understanding that Hispanics are all those born in any of the U.S. jurisdictions and all those of the Hispanic immigrant pipeline.

Data sharing statement

The data collected for this narrative umbrella review was extracted from two primary sources: the updated online information about the topic provided by the American Dental Association (ADA)⁸, and the updated information from the study developed by the Oral Health Workforce Research Center (OHWRC) in 2017 (10, p. 25-26).

About the Authors

All authors are part of the Research team at the Hispanic Dental Association New York Chapter (NYHDA), a research group working to improve the knowledge and information access about public health and health policies' topics in dentistry.

Martha Mutis - marthamutis@yahoo.com

Elias Moron - emoron76@hotmail.com

Steffany Chamut -

steffany_chamut@hsdm.harvard.edu



This project was performed by the

<https://nyhda.org>

References

1. Task Force on Assessment of Readiness for Practice. A Joint Task Force of American Dental Association, American Dental Education Association and American Student Dental Association. Report of the Task Force on Assessment of Readiness for Practice. Available at: https://www.ada.org/~media/ADA/Education%20and%20Careers/Files/report_taskforce_assessment_of_readiness_for_practice.pdf?la=en. Published September 2018. Accessed Mon. 2 Aug. 2021.
2. American Dental Association Health Policy Institute. Dentist migration across state lines. Chicago: American Dental Association, 2016. Available at: https://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIgraphic_0221_2.pdf?la=en#:~:text=ABOUT%201%20IN%2013%20DENTISTS,dentists%20between%202011%20and%202016. Published June 26, 2018. Accessed October 22, 2021.
3. American Dental Hygienists' Association (ADHA). Single Encounter Exam Changes: Coalition for Dental Licensure Reform. https://www.adha.org/resources-docs/single_encounter_exam_changes_v2.pdf. Published June 26, 2018. Accessed Wed. 16 Sept. 2021.
4. American Dental Association Council on Ethics, Bylaws, and Judicial Affairs (ADA-CEBJA). Ethical considerations when using patients in the examination process. Available at: <https://www.ada.org/~media/>

[ADA/Education%20and%20Careers/Files/ethical-considerations-when-using-patients-in-the-examination-process.pdf?la=en](https://www.ada.org/education-careers/files/ethical-considerations-when-using-patients-in-the-examination-process.pdf?la=en) Chicago: American Dental Association, 2013. Published Nov 2, 2013. Accessed Sat. 7 Aug. 2021.

5. American Dental Association (ADA). ADA News: Professions seek to address dentistry, dental hygiene licensure portability. Available at: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2021-archive/july/professions-seek-to-address-dentistry-dental-hygiene-licensure-portability>. Published Jul 26, 2021. Accessed Wed. Oct. 20, 2021.

6. Kleiner MM. Reforming occupational licensing policies (Discussion Paper 2015-01). Washington, DC: The Hamilton Project, Brookings, 2015. Available at: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/thp_kleinerdiscpaper_final.pdf. Published Mar, 2015. Accessed Mon. Sept. 6, 2021.

7. Johnson JE, Kleiner MM. Is occupational licensing a barrier to interstate migration? (NBER Working Paper No. 24107). Cambridge, MA: National Bureau of

Economic Research, December 2017. Available at: <https://www.nber.org/papers/w24107>. Published Dec, 2017. Accessed Mon. Sept. 6, 2021.

8. American Dental Association (ADA). Dental Licensure and CE Requirements Maps. Available at: <https://www.ada.org/en/education-careers/licensure/dental-licensure-by-state-map>. Accessed Mon. Sept. 6, 2021.

9. Oral Health Workforce Research Center (OHWRC). The Evolving Pipeline of Hispanic Dentists in the United States: Practice and Policy Implications. UCSF Presentation. Available at: <https://oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2017/10/102017b.pdf>. Accessed Mon. Jun. 7, 2021.

10. Oral Health Workforce Research Center (OHWRC). The Evolving Pipeline of Hispanic Dentists in the United States: Practice and Policy Implications. Full Report. Available at: https://oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2017/09/OHWRC_Evolving_Pipeline_of_Hispanic_Dentists_2017.pdf. Accessed Mon. Jun. 7, 2021.

UN LLAMADO DE CAMBIO EN EQUIDAD Y DIVERSIDAD EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

**Martha J. Mutis DDS FICD MPH
CDD**
*Iniciativa de Investigación de la
Cátedra Nacional HDA
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

Elías Morón DDS FICD MPH MHL
*Facultad de Medicina Dental de la
Universidad Nova Southeastern -
Profesor Asistente Clínica
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

Temitayo Adewuyi DDS FICD MPH
*Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

Zohaib Ahmed BDS, FICD, MPH
*Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*
Sohini Dhar BDS, FICD, MPH
*EN. Still Universidad de Ciencias de la
Salud, Facultad de Estudios de
Posgrado en Salud, Programa de
Maestría en Salud Pública - Facultad
adjunta
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

Satpreet Singh BDS, MPH
*Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

Syed Misbahuddin BDS, MDPH, MSc.
*Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana (NYHDA),
miembro investigador*

***Zeeshan Raja DDS, FICD, MPH
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana
(NYHDA), miembro investigador***

***Mandeep Kaur BDS
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana
(NYHDA), miembro investigador***

***Steffany Chamut DDS, FICD, MPH
Escuela de Medicina Dental de
Harvard - Instructor, Política de
Salud Bucal y Epidemiología
Capítulo de Nueva York de la
Asociación Dental Hispana
(NYHDA), miembro investigador***

Resumen

En los últimos años, tres organizaciones dentales en los Estados Unidos realizaron un análisis cuidadoso mediante un esfuerzo conjunto, haciendo un llamado a la acción crítica que aborda temas de gran importancia para la profesión dental y el público al que sirve. Un informe de 2018 escrito en coautoría por un grupo de trabajo conformado por la Asociación Dental Estadounidense (ADA), la Asociación Estadounidense de Educación Dental (ADEA) y la Asociación Odontológica de Estudiantes Estadounidenses (ASDA), pidió discontinuar el manejo de encuentros de pacientes únicos para exámenes de obtención de licencia, y eliminar las restricciones sobre la portabilidad de la licencia dental entre diferentes estados. Esta breve revisión general aborda el tema propuesto por ese esfuerzo tripartido realizado en el 2018, destacando sus razones para un cambio, presentando el estado regulatorio actual de cada estado de EE. UU., y promoviendo el camino propuesto a seguir en los próximos cinco años.

Palabras Clave: Licencia Dental; Educación de posgrado; Educación Post-doctoral; Dentistas formados en el extranjero; FED; Reforma de la licencia dental; Vías de licencia; Exámenes basados en pacientes; Encuentro de paciente único; Evaluaciones clínicas; Fuerza Laboral

Dental; Portabilidad de licencias; Política de salud; Diversidad; Multicultural.

Introducción

En el 2018 se formó un grupo de trabajo para abordar el cambio de licencias dentales en los Estados Unidos, y se publicó un informe en el que se pedía un cambio en el reglamento sobre la práctica de la odontología en el país norteamericano. ¹ Este grupo de trabajo fue un esfuerzo conjunto de la Asociación Dental Estadounidense (ADA), la Asociación Estadounidense de Educación Dental (ADEA) y la Asociación Dental Americana de Estudiantes (ASDA).

Este Grupo de Trabajo detectó dos desafíos críticos y preocupaciones prioritarias, que deberían ser impulsadas por las juntas estatales de todo el país, sobre el proceso para la obtención de la licencia existente en la mayoría de los estados. El primer desafío involucró exámenes basados en pacientes con procedimientos de encuentro único como parte del examen de licenciatura. ¹ El segundo desafío estaba relacionado con los retos de la movilidad que son excesivamente perjudiciales e innecesarios para garantizar la seguridad del paciente. ^{1,2}

Ese mismo año, la Asociación Estadounidense de Higienistas Dentales (ADHA) emitió una declaración nacional en apoyo para la eliminación de un examen de licenciatura clínica de encuentro único, basado en procedimientos en pacientes para graduados de programas acreditados de higiene dental en los Estados Unidos. ³ Igualmente, la ADHA anunció en esa declaración su interés en unirse a la Coalición para la Reforma de Licencias Dentales, ya formada por ADA, ADEA y ASDA. ³

Marco Legal

La autoridad legal de los estados para otorgar licencias a profesionales, comenzó en 1889 cuando la Corte Suprema de Virginia Occidental estableció los derechos de los estados para otorgar licencias profesionales. ¹ En los Estados Unidos, para obtener una licencia dental en un estado específico, los solicitantes generalmente deben de cumplir con tres requisitos básicos: una educación dental, un examen escrito de la junta nacional y un examen de habilidades clínicas de higiene dental o dental. California, Colorado, Connecticut, Minnesota y Ohio ,ofrecen la alternativa de residencia de un año

de posgrado (PGY1) al presentar el examen clínico. Actualmente, Nueva York exige un año de residencia de posgrado en odontología para obtener la licencia como odontólogo en lugar del examen clínico. Washington tiene una opción para PGY1 completado en entornos específicos, y Delaware requiere un PGY1 y un examen clínico específico del estado ([Tabla 1 - Examen clínico u otro requisito por estado en Estados Unidos](#)).

La creciente tendencia en el país a defender y alejarse del uso de pacientes vivos en la evaluación para la obtención de la licencia, encontró la tormenta perfecta con la pandemia Covid-19. Durante esta emergencia global, las preocupaciones por la seguridad del paciente y del personal dental hicieron que los exámenes de los pacientes en vivo fueran difíciles y poco prácticos. Varias agencias de licencias ofrecieron parte de sus exámenes basados en simuladores que tienen el potencial de ser adoptados a nivel estatal y federal después de esta pandemia.

El primer desafío

El grupo de trabajo definió como el primer desafío para abordar, el encuentro único como exámenes basados en procedimientos en pacientes, que prácticamente todos los estados utilizan

actualmente para cumplir con el requisito del examen clínico. ¹El Grupo de Trabajo encontró que este enfoque demostró estar sujeto a errores aleatorios, sin evidencia sólida de validez y no refleja el amplio conjunto de habilidades y conocimientos que se esperan de un odontólogo; "y plantea desafíos éticos para los examinados, las facultades de odontología y la profesión odontológica". ¹

Según el informe del grupo de trabajo, el encuentro único puede no ser la mejor opción para los pacientes que participan en el proceso de examen, lo que afecta el estándar de atención, limita la atención dental de seguimiento y compromete el tratamiento ético de los pacientes. ¹ En el mismo contexto, los estudiantes de odontología de último año que se encuentran fuera de sus escuelas y los dentistas experimentados que deben tomar un segundo o tercer examen clínico para solicitar la licencia en un nuevo estado, enfrentan desafíos relacionados con los exámenes de encuentro único. ¹ Con respecto a las preocupaciones éticas sobre estos exámenes, el Consejo de Ética, Estatutos y Asuntos Judiciales (CEBJA) de la Asociación Dental Estadounidense confirmó que los protocolos de protección del

TABLE 1 - CLINICAL EXAM OR ANOTHER REQUIREMENT PER US STATE (FOLLOW-UP 2020 - 2021)									
RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)									
STATE		CLINICAL EXAMINATION OR ANOTHER REQUIREMENT	SRTA	CITA/ADEX	CDCA/ADEX	WREB	CRDTS	OWN EXAMINATION	PGY-1
ALABAMA	AL	CDCA, CITA, SRTA, CRDTS	Y	Y	Y	N	Y		
ALASKA	AK	WREB	N	N	N	Y	N		
ARIZONA	AZ	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA or WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
ARKANSAS	AR	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
CALIFORNIA	CA	WREB or PGY1	N	N	N	Y	N		PGY1
COLORADO	CO	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY1
CONNECTICUT	CT	CDCA, CITA, OR PGY1	N	Y	Y	N	N		PGY1
DELAWARE	DE	Delaware Practical Board Examination AND PGY1	N	N	N	N	N	Y	PLUS PGY-1
WASHINGTON DC	DC	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
FLORIDA	FL	ADEX	N	Y	Y	N	N		
GEORGIA	GA	CRDTS	N	N	N	N	Y		
HAWAII	HI	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
IDAHO	ID	CDCA, CITA, CRDTS, WREB	N	Y	Y	Y	Y		
ILLINOIS	IL	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
INDIANA	IN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
IOWA	IA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
KANSAS	KS	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
KENTUCKY	KY	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
LOUISIANA	LA	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MAINE	ME	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		

*Hasta Dic. 2021

TABLE 1 - CLINICAL EXAM OR ANOTHER REQUIREMENT PER US STATE (FOLLOW-UP 2020 - 2021)									
RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)									
STATE		CLINICAL EXAMINATION OR ANOTHER REQUIREMENT	SRTA	CITA/ADEX	CDCA/ADEX	WREB	CRDTS	OWN EXAMINATION	PGY-1
MARYLAND	MD	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MASSACHUSETTS	MA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MICHIGAN	MI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MINNESOTA	MN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY 1
MISSISSIPPI	MS	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
MISSOURI	MO	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
MONTANA	MT	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEBRASKA	NE	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEVADA	NV	CITA, CDCA, WREB	N	Y	Y	Y	N		
NEW HAMPSHIRE	NH	CITA, CDCA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEW JERSEY	NJ	CITA, CDCA	N	Y	Y	N	N		
NEW MEXICO	NM	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
NEW YORK	NY	PGY1	N	N	N	N	N		PGY 1
NORTH CAROLINA	NC	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
NORTH DAKOTA	ND	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
OHIO	OH	CDCA, CRDTS, SRTA, WREB, or PGY1	Y	N	Y	Y	Y		PGY 1
OKLAHOMA	OK	WREB	N	N	N	Y	N		
OREGON	OR	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
PENNSYLVANIA	PA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
RHODE ISLAND	RI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
SOUTH CAROLINA	SC	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA	Y	Y	Y	N	Y		
SOUTH DAKOTA	SD	CRDTS, WREB	N	N	N	Y	Y		
TENNESSEE	TN	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
TEXAS	TX	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
UTAH	UT	CDCA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	N	Y	Y	Y		
VERMONT	VT	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
VIRGINIA	VA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WASHINGTON	WA	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB, OR PGY1	Y	Y	Y	Y	Y		PGY 1
WEST VIRGINIA	WV	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WISCONSIN	WI	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
WYOMING	WY	CDCA, CITA, CRDTS, SRTA, WREB	Y	Y	Y	Y	Y		
PUERTO RICO	PR	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		
VIRGIN ISLANDS	VS	CDCA, CITA	N	Y	Y	N	N		

***Hasta Dic. 2021**

paciente en este tipo de exámenes, deben ser similares a los utilizados por investigadores, académicos, e instituciones en estudios clínicos médicos. 4 No obstante, la mayoría de los exámenes clínicos se realizan sin estas precauciones recomendadas. (Tabla 1 - Examen clínico u otro requisito por estado en Estados Unidos)

El segundo desafío

La portabilidad de la licencia también presenta un problema importante para la profesión dental, tanto de forma esperada como inesperada. La mayoría de los estudiantes de más de la mitad de las facultades de odontología del país, no ejercen en el mismo estado donde fueron educados 1. Para los estudiantes en estados con políticas restrictivas para la obtención de la licencia, el costo de

**1 de cada 4 odontólogos
Hispanos han recibido
formación en el extranjero.**

licencia en otro estado es a menudo prohibitivo e innecesariamente costoso 1. Existe una carga similar para los más de 10,000 odontólogos con licencias activas que se mudaron a través de las fronteras estatales entre 2011 y 2016. 1 Según el Instituto de Política de Salud de la ADA, entre los odontólogos de 40 años o menos, uno de cada seis migró a través de las fronteras estatales entre 2015 y 2020, y

aproximadamente 1 de cada 13 odontólogos se mudó a un estado diferente en el mismo período. 5En general, cada odontólogo debe obtener una nueva

licencia estatal para continuar practicando la odontología, invirtiendo importantes recursos financieros y tiempo en la presentación de la documentación extensa requerida para obtener la licencia por credenciales, y de acuerdo con su

desempeño en el examen, algunos odontólogos deben volver a realizar un procedimiento de examen clínico del paciente ¹.

A pesar de que muchos estados han aprobado leyes estatales para permitir que los odontólogos voluntarios participen en eventos como los proyectos Misión de Misericordia (Mission of Mercy) y la reciprocidad en las licencias dentales, algunas barreras continúan apareciendo en otros estados. No existe un estándar común a nivel nacional. De esta manera, las restricciones sobre la portabilidad de la licencia dental también tienen algunos impactos inesperados en la sociedad, como la movilidad limitada de los odontólogos como cónyuges civiles después de un nuevo puesto militar para sus parejas, la movilización e inscripción de profesores de

odontología a través de las fronteras estatales y la capacidad de los odontólogos a participar en esfuerzos de alcance voluntario para aumentar el acceso a la atención, como Missions of Mercy. ¹ Del mismo modo, los estudios económicos han demostrado muchos más casos en los que la concesión de licencias ocupacionales ha reducido el empleo y aumentado los precios y los salarios de los trabajadores con licencia que los casos en los que ha mejorado la calidad y la seguridad de los servicios, ¹, también muestran que actualmente "tres ocupaciones destacan con una migración interestatal sustancialmente limitada, a un nivel comparable al de los abogados: trabajadores sociales, higienistas dentales y Odontólogos ". ^{1,7}

TABLE 2 - LICENSURE PATHWAY FOR DENTISTS IN US (FOLLOW-UP 2018 - 2021)

RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)

STATES, DISTRICTS, TERRITORIES AND POSSESSIONS	Licensing via CODA Accredited Education (DDS/DMD) International Dentist Program (IDP)			LICENSING WITHOUT DDS/DMD IDP BUT WITH POST-DOCTORAL RESIDENCY																						
	DDS/DMD IDP & Board Exam	DDS/DMD & Portfolio Exam	DDS/DMD IDP & AEGD/GPR	POSTDOCTORAL ADA RECOGNIZED SPECIALTY RESIDENCY (Plus Board exams)										AEGD / GPR	NON ADA RECOGNIZED SPECIALTY RESIDENCY											
				Ortho	Pediatric	Prostho	Perio	Endo	DPH	OMF Patho	OMF Radio	Oral Med	OMF Surgery		Implant	OPain	Cosmetics	Anaesthesiology	Geriatric							
																				1	AL	ALABAMA	Y	N	N	N
2	AK	ALASKA	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
3	AZ	ARIZONA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
4	AR	ARKANSAS	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
5	CA	CALIFORNIA	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
6	CO	COLORADO	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7	CT	CONNECTICUT	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
8	DE	DELAWARE	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
9	DC	WASHINGTON DC	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10	FL	FLORIDA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
11	GA	GEORGIA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
12	HI	HAWAII	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	ID	IDAHO	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	IL	ILLINOIS	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	IN	INDIANA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
16	IA	IOWA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
17	KS	KANSAS	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
18	KY	KENTUCKY	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
19	LA	LOUISIANA	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
20	ME	MAINE	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
21	MD	MARYLAND	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	MA	MASSACHUSETTS	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
23	MI	MICHIGAN	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
24	MN	MINNESOTA	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
25	MS	MISSISSIPPI	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
26	MO	MISSOURI	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
27	MT	MONTANA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
28	NE	NEBRASKA	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
29	NV	NEVADA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
30	NH	NEW HAMPSHIRE	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
31	NJ	NEW JERSEY	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
32	NM	NEW MEXICO	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
33	NY	NEW YORK	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
34	NC	NORTH CAROLINA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
35	ND	NORTH DAKOTA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
36	OH	OHIO	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
37	OK	OKLAHOMA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
38	OR	OREGON	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
39	PA	PENNSYLVANIA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
40	RI	RHODE ISLAND	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
41	SC	SOUTH CAROLINA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
42	SD	SOUTH DAKOTA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
43	TN	TENNESSEE	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
44	TX	TEXAS	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
45	UT	UTAH	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
46	VT	VERMONT	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
47	VA	VIRGINIA	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
48	WA	WASHINGTON	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
49	WV	WEST VIRGINIA	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
50	WI	WISCONSIN	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
51	WY	WYOMING	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
52	PR	PUERTO RICO	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
53	VI	VIRGIN ISLANDS	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
			YES	53	1	10	10	10	10	10	7	9	9	0	11	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			NO	0	52	43	43	43	43	43	46	44	44	53	42	47	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
			TOTAL	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53

*Hasta Dic. 2021

TABLE 2 - LICENSURE PATHWAY FOR DENTISTS IN US (FOLLOW-UP 2018 - 2021)

RESEARCH TEAM - HISPANIC DENTAL ASSOCIATION NEW YORK CHAPTER (NYHDA)

STATES, DISTRICTS, TERRITORIES AND POSSESSIONS	Limited Licensing		Licensing by Clinical Credentials U.S. (Reciprocity)	Licensing by Clinical Credential Foreign (Endorsement)	Licensing by teaching credentials US	CLINICAL EXAMS ACCEPTED BY STATE										DENTAL HYGIENE LICENSE			DENTAL ASSISTANT CERTIFICATION
	Dental Intern	Teaching	by Case review	And Board Exam!	And Board Exam!	AEGD (lieu of clinical examination)	SRTA	CITA/ADEX	CDCA/ADEX	WREB	CROTS	OWN STATE EXAM	By Credentials	Board Exam	Advanced Standing	Required by State Board			
						N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
1 AL ALABAMA	Y	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N		
2 AK ALASKA	N	Y	Y 5 years	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N		
3 AZ ARIZONA	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
4 AR ARKANSAS	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
5 CA CALIFORNIA	N	Y	Y 2.5 years	N	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N		
6 CO COLORADO	N	Y	Y 5 years	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
7 CT CONNECTICUT	N	Y	Y 0 years	N	N	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
8 DE DELAWARE	Y	Y	Y 3 years	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N		
9 DC WASHINGTON DC	N	N	Y 0 years	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
10 FL FLORIDA	Y	Y	Y 5 years	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	N	N		
11 GA GEORGIA	N	N	Y 0 years	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N		
12 HI HAWAII	N	Y	Y 3 years	N	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
13 ID IDAHO	N	N	Y 5 years	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
14 IL ILLINOIS	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y		
15 IN INDIANA	N	Y	Y 5 years	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
16 IA IOWA	N	Y	Y 0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y		
17 KS KANSAS	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
18 KY KENTUCKY	Y	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
19 LA LOUISIANA	N	Y	Y 3 years	N	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
20 ME MAINE	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
21 MD MARYLAND	N	N	Y 5 years	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y		
22 MA MASSACHUSETTS	Y	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y		
23 MI MICHIGAN	N	Y	Y 5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y		
24 MN MINNESOTA	N	Y	Y 0 years	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y		
25 MS MISSISSIPPI	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
26 MO MISSOURI	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
27 MT MONTANA	Y	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
28 NE NEBRASKA	N	Y	Y 3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
29 NV NEVADA	N	Y	Y 0 years	N	Y	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N		
30 NH NEW HAMPSHIRE	N	N	Y 3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
31 NJ NEW JERSEY	N	Y	Y 5 years	Y	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
32 NM NEW MEXICO	Y	N	Y 3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
33 NY NEW YORK	Y	Y	Y 2 years	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N		
34 NC NORTH CAROLINA	N	Y	Y 5 years	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
35 ND NORTH DAKOTA	N	Y	Y 5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
36 OH OHIO	N	N	Y 5 years	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
37 OK OKLAHOMA	N	Y	Y 5 years	N	Y	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
38 OR OREGON	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
39 PA PENNSYLVANIA	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
40 RI RHODE ISLAND	Y	N	Y 0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
41 SC SOUTH CAROLINA	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N		
42 SD SOUTH DAKOTA	N	N	Y 3 years	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
43 TN TENNESSEE	Y	Y	Y 2 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
44 TX TEXAS	N	N	Y 3 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
45 UT UTAH	N	Y	Y 5 years	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
46 VT VERMONT	N	N	Y 5 years	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
47 VA VIRGINIA	N	N	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
48 WA WASHINGTON	N	N	Y 4 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
49 WV WEST VIRGINIA	N	Y	Y 0 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
50 WI WISCONSIN	N	N	Y 3 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
51 WY WYOMING	N	Y	Y 5 years	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N		
52 PR PUERTO RICO	N	N	Y 0 years*	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		
53 VI VIRGIN ISLANDS	N	Y	Y 0 years*	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N		

10	34	53	3	15	34	46	45	38	37	0	0	1	6
43	19	0	50	38	19	7	8	15	16	53	53	52	47
53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53

*Hasta Dic. 2021

Las restricciones sobre la portabilidad de las licencias dentales también afectan la movilidad de los odontólogos hispanos con formación en el extranjero (FEDs, por sus siglas en inglés), entendiéndose que, históricamente, 1 de cada 4 odontólogos hispanos han recibido formación en el extranjero. 9,10 Evaluar las diversas vías educativas disponibles en los Estados Unidos para los FEDs es un desafío económico y, con el tiempo, está influenciado por las limitaciones de movilidad entre los estados. Este proceso tiene un alto costo en el acceso y la calidad de los servicios, ya que se entiende que sigue existiendo una brecha significativa en la paridad entre la proporción de la población de Estados Unidos que es hispana o latina y la proporción de la población

de odontólogos estadounidenses de la misma etnia. 9 Nueve estados permiten la elegibilidad de la licencia a los FEDs que completan un programa avanzado y un programa de residencia de posgrado. En comparación, siete estados permiten que los FEDs sean elegibles para obtener una licencia después de completar un programa AEGD o GPR sin completar el programa de Paso Avanzado (Advanced Standing). 10 Sin embargo, la falta de conocimiento sobre los estándares de acreditación de los programas donde estos FEDs hispanos se han graduado aumenta las regulaciones y las limitaciones de movilidad. (Tabla 2: Vía de obtención de licencias para dentistas en los Estados Unidos)

Recomendaciones

En resumen, el Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Preparación para la Práctica ha pedido a las juntas dentales estatales de todo el país que eliminen los exámenes de pacientes basados en procedimientos de consulta única, reemplazándolos con evaluaciones clínicas que tengan una validez más sustancial y evidencia confiable. Los esfuerzos de promoción de los exámenes no basados en pacientes comenzaron a partir de eventos como la actual pandemia de Covid-19. Esto debe continuar en las circunstancias actuales, demostrando que la profesión debe adaptarse al mundo actual que se está viviendo. Un examen no basado en pacientes podría eliminar la exposición innecesaria para pacientes y estudiantes, y significaría que los estudiantes ya no tendrían la tarea de buscar y asegurar pacientes para sus exámenes para la obtención de la licencia.

Además, el Grupo de Trabajo ha pedido una mayor movilidad para los odontólogos nuevos y en el ejercicio profesional al aceptar todos los exámenes clínicos y las vías para obtener la licencia para la portabilidad a corto plazo. Además, el Grupo de Trabajo ha pedido aceptar un núcleo común de requisitos para la obtención de licencias por credenciales a mediano plazo e investigar el establecimiento de reciprocidad de licencias entre los estados a largo plazo.

Los autores piden un mayor seguimiento de la diversidad de la fuerza laboral dental. Esta convocatoria puede verse como un esfuerzo excelente para promover una fuerza de trabajo dental más diversa y multicultural, entendiendo que los hispanos son solo aquellos nacidos en cualquiera de las jurisdicciones de los Estados Unidos, sino todos aquellos que pertenecen al grupo de inmigrantes hispanos.

Declaración de Datos

Los datos recopilados para esta revisión general narrativa se extrajeron de dos fuentes principales: la información actualizada en línea sobre el tema proporcionada por la Asociación Dental Americana (ADA) ⁸, y la información actualizada del estudio desarrollado por el Centro de Investigación de la Fuerza Laboral de Salud Oral. (OHWR) en 2017 ¹⁰, (p. 25-26).

Sobre los Autores

Todos los autores forman parte del equipo de investigación del Capítulo de Nueva York de la Asociación Dental Hispana (NYHDA), un grupo de investigación que trabaja para mejorar el conocimiento y el acceso a la información sobre temas de salud pública y políticas de salud en odontología.

Este proyecto fue elaborado por:

<https://nyhda.org>



**BRINGING H.O.P.E.
TO OUR HISPANIC
AND VULNERABLE
COMMUNITIES IN
NORTH
CAROLINA: A
COMMUNITY
DENTAL PROGRAM
LED BY TWO
HISPANIC DENTAL
STUDENTS.**

***Sylvette Ramos-Diaz
Master of Public Health,
Bachelor of Science in
Pharmaceutical Sciences &
Bachelor of Science in Biology
Doctor of Dental Surgery
Candidate (Class of 2024), DS-2;
Vice President of UNC HSDA
University of North Carolina
School of Dentistry (UNC-
Chapel Hill)***

***Arlet Montes Sánchez
Bachelor of Arts in Art History
Doctor of Dental Surgery
Candidate (Class of 2023), DS-3;
UNC HSDA Co-Chair
University of North Carolina
School of Dentistry (UNC-
Chapel Hill)***

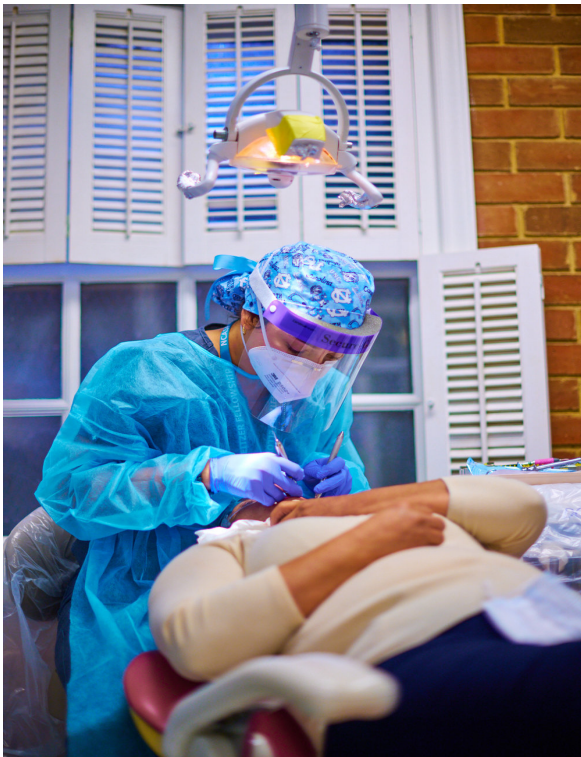
***Dr. John S. Kizer
Medical doctor
Medical Director of the Vidas de
Esperanza Clinic***

***Dra. Apoena de Aguiar Ribeiro
Doctorate in Dental Surgery,
Master of Science, Doctorate in
Microbiology and Immunology
Associate Professor
University of North Carolina
School of Dentistry (UNC-Chapel
Hill), Division of Diagnostic
Sciences***

The Hispanic Oral Health Prevention and Education Program (H.O.P.E.) was created with educational and social impact purposes in mind for the community of Chatham County in North Carolina, USA. The educational purpose has been focused on implementing a structured program for predoctoral dental students. Equally, the social impact purpose has been addressed to empower patients to take control of their oral health, and essentially their systemic health.

H.O.P.E. was launched as part of the Albert Schweitzer Fellowship (A.S.F.), where the two Latino Schweitzer Fellows work on community-based prevention and intervention projects in social determinants of health. This initiative focuses on educating the Latinx community in their native language (Spanish) about oral diseases and their overall health. The program's founders are Sylvette Ramos-Díaz and Arlet Montes Sánchez, second and third-year D.D.S. candidates respectively. Their work has been under the mentorship of Dr. Apoena Ribeiro, an Associate Professor at the U.N.C. Adams School of Dentistry, and Dr. Steve Kizer. Dr. Kizer is serving as the Medical Director of Vidas de Esperanza.

Vidas de Esperanza is a community clinic providing dental and health services for low-resource individuals in Siler City in North Carolina, USA. The Hispanic Student Dental Association (H.S.D.A.) at the U.N.C. Adams School of Dentistry runs the dental part of Vidas de Esperanza. This free student-run dental clinic serves a Spanish-speaking population disproportionately affected by



caries and periodontal disease and lack of access to routine dental care.

Vidas de Esperanza first opened its doors in 2004 to serve the rapidly growing Latinx community of Chatham County and beyond. The dental portion of the clinic was established in 2017 by a group of dental student leaders of the UNC HSDA Chapter. In the past, the clinic would often see patients two Saturdays out of the month, where U.N.C. dental students and faculty would address acute dental needs during these visits.

Previously H.O.P.E, patients came to the Vidas dental clinic for problem-focused exams, operative needs, extractions only, but rarely dental cleanings. The pressing issues usually involved getting patients out of pain, so prevention and education became an afterthought. Rarely shared Basic oral hygiene instruction (O.H.I.) with patients before implementing the Hispanic Oral health Prevention & Education (H.O.P.E.) Program. Most of the dental patients at the clinic were also unable to receive treatments such as fluoride varnish or dental prophylaxis, which are geared towards preventing or arresting the progression of oral diseases.

Currently, the population seeking care at the Vidas de Esperanza Clinic is incredibly unique. The average patient receiving care at Vidas has never met with an oral healthcare provider, and some have never used a toothbrush in their lives. The launch of H.O.P.E. has changed how patients perceive dentistry and oral health; they are now being seen as attainable and crucial to one's systemic health.

New patients walking into the Vidas de Esperanza dental clinic can expect to receive proper oral hygiene instruction, soft and hard tissue examinations, salivary and plaque analyses, radiological examinations, a treatment plan, as well as much quicker treatment appointments. Between the program's achievements, the program's co-founders created and implemented instructional and preventive tools, as an educational video in Spanish. The viewer learns about the anatomy of the oral cavity and the tooth, the difference between gingivitis and periodontal disease, caries etiology, and progression of cavities. Additionally, as well as the ramifications that uncontrolled dental diseases can have on systemic health. The video also provides patients with information on the different treatment options offered at the Vidas dental clinic, the U.N.C. Adams School of Dentistry, and other private practices. This

information can improve their oral and systemic health outcomes and empower them to make informed decisions about their health.

The medical and dental clinic relationship is also actively merging into a solid inter-professional team effort to improve patient health outcomes. With an increased number of new patients coming into the clinic, the initial patient interview serves as a checkpoint for undiagnosed or uncontrolled systemic conditions. A thorough review of systems is completed during the patient interview; this includes blood glucose level readings and blood pressure monitoring. Because many patients coming in with uncontrolled diabetes or hypertension do not know the importance of taking their medications, H.O.P.E. is even training students to educate patients on the importance of taking their prescribed medications as directed, even if they "feel fine."

This H.O.P.E. program is the most comprehensive oral hygiene instruction and triaging system the dental clinic has ever had. From showing patients what dental plaque looks like and its effects on soft and hard tissues, supervising how they brush and floss, and conducting salivary and microbiological analysis, the program even incorporates diet discussions as part of the health history review. H.O.P.E. is providing patients with an individualized, patient-centered approach to oral health management and dental treatment delivery.

The Hispanic Oral Health Prevention & Education (H.O.P.E.) allows the patients at Vidas de Esperanza to deepen their

understanding of oral health and oral diseases. The care delivery at the Vidas clinic is run in a

bilingual and culturally sensitive manner. H.O.P.E. gives patients the opportunity to be engaged in their oral care in a more meaningful way. Since its launch, the clinic has cast a wider net in the community, and more patients with acute dental needs have been treated. Furthermore, the more thorough dental examinations have

allowed the team to provide more relevant counseling to patients, hopefully improving their treatment and oral health outcomes. A key objective for the Latino Schweitzer Fellows is to make this program become the new standard of care at the Vidas dental clinic. All patients must continue receiving individualized treatment planning along with reinforced oral hygiene instruction to ensure they can prevent disease and preserve their dentition for years to come.

References

Johnson V. Alumnas de UNC lanzan programa de prevención dental para pacientes hispanos en clínica de Siler City. The Chatham News + Record. <https://www.chathamnewsrecord.com/stories/alumnas-de-unc-lanzan-programa-de-prevencion-dental-para-pacientes-hispanos-en-clinica-de-siler,10808>. Publicado el 27 de septiembre de 2021. Accesado el 3 de octubre de 2021.

“This free student-run dental clinic serves a Spanish-speaking population disproportionately affected by caries and periodontal disease and lack of access to routine dental care. “

**LLEVANDO
“H.O.P.E.”
(Esperanza) A
NUESTRAS
COMUNIDADES
HISPANAS Y
VULNERABLES
EN CAROLINA
DEL NORTE: UN
PROGRAMA
DENTAL
COMUNITARIO
DIRIGIDO POR
DOS
ESTUDIANTES
HISPANAS DE
ODONTOLOGÍA**

Sylvette Ramos-Díaz
***Maestría en Salud Pública,
Bachillerato de Ciencias en
Ciencias Farmacéuticas &
Bachillerato de Ciencias en
Biología***
***Candidata de Doctorado en
Cirugía Dental (Clase de 2024);
Vicepresidenta del UNC HSDA
Facultad de Odontología de la
Universidad de Carolina del
Norte (UNC-Chapel Hill)***

Arlet Montes Sánchez
***Bachillerato de Artes en Historia
del Arte***

***Candidata de Doctorado en
Cirugía Dental (Clase de 2023);
Co-presidenta del UNC HSDA
Facultad de Odontología de la
Universidad de Carolina del
Norte (UNC-Chapel Hill)***

Dr. John S. Kizer
Doctor Médico
***Director Médico de la Clínica
Vidas de Esperanza***

Dra. Apoena de Aguiar Ribeiro
***Doctorado en Cirugía Dental,
Maestría en Ciencias, Doctorado
en Microbiología e Inmunología***
Profesora Asociada
***Facultad de Odontología de la
Universidad de Carolina del
Norte (UNC-Chapel Hill),
División de Ciencias
Diagnósticas***

El Programa de Educación y Prevención para la Salud Oral Hispana (H.O.P.E.) fue creado con propósitos educativos y de impacto social para la comunidad del Condado de Chatham en Carolina del Norte, USA. El propósito educativo, se ha logrado a través de un programa estructurado para estudiantes de odontología pre doctorales. De igual forma, el propósito de este programa, es el que se genere un impacto social para empoderar a sus pacientes para que tomen el control y asuman la responsabilidad de su salud bucal y, esencialmente, de su salud sistémica.

H.O.P.E. se lanzó como parte de la Beca Albert Schweitzer (A.S.F.), donde las dos becarias latinas del programa Schweitzer trabajan en proyectos comunitarios de prevención e intervención, en los diferentes sociales de la salud. Esta iniciativa se enfoca en educar a la

comunidad Latina en su idioma nativo sobre las enfermedades bucales y su salud en general. Las fundadoras del programa son Sylvette Ramos-Díaz y Arlet Montes Sánchez, candidatas de Doctorado en Cirugía Dental de segundo y tercer año, respectivamente. Su trabajo ha estado bajo la supervisión de la Dra. Apoena Ribeiro, profesora asociada de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carolina del Norte, y el Dr. Steve Kizer, Director Médico de Vidas de Esperanza.

Vidas de Esperanza es una clínica comunitaria que brinda servicios dentales y de salud para personas de bajos recursos en Siler City en Carolina del Norte. La Asociación Dental de Estudiantes Hispánicos (HSDA) de la Facultad de Odontología en la Universidad de Carolina del Norte, dirige la sección dental de la Clínica Vidas de Esperanza. Esta clínica dental gratuita, es dirigida por estudiantes que atienden a una población de habla hispana, afectada de manera desproporcionada por caries, enfermedad periodontal, además de la falta de acceso a la atención dental de rutina.

Vidas de Esperanza abrió sus puertas por primera vez en 2004 para servir a la comunidad Latina en rápido crecimiento en el condado de Chatham y más allá. La sección Odontológica de la clínica fue establecida en el 2017 por un grupo de estudiantes líderes de odontología del Sede del HSDA en la Universidad de Carolina del Norte. En el pasado, la clínica normalmente atendía a los pacientes dos sábados al mes, donde los estudiantes y profesores de odontología se ocupaban de las necesidades dentales urgentes durante estas visitas.

Anteriormente, los pacientes acudían a la clínica dental de Vidas para exámenes enfocados en

problemas dentales, necesidades operativas o extracciones solamente, pero raramente para limpiezas dentales. Los problemas urgentes generalmente implicaban el alivio del dolor de los pacientes, por lo que la prevención y la educación se convirtieron en una ocurrencia tardía. La instrucción básica de higiene bucal (O.H.I.) rara vez se compartía con los pacientes antes de la implementación del Programa de Educación y Prevención para la Salud Oral Hispana (H.O.P.E.). Previamente, la mayoría de los pacientes no pudieron recibir tratamientos como el barniz de flúor o la profilaxis dental, que son procedimientos orientados a prevenir o detener la progresión de las enfermedades bucodentales.

Esta clínica dental gratuita, es dirigida por estudiantes que atienden a una población de habla hispana, afectada de manera desproporcionada por caries, enfermedad periodontal, además de la falta de acceso a la atención dental de rutina

Actualmente, la población que busca atención en la Clínica Vidas de Esperanza es increíblemente única. El paciente promedio que recibe servicios en Vidas nunca ha sido atendido por un proveedor de odontología y algunos nunca han usado un cepillo dental en sus vidas. El lanzamiento de H.O.P.E. ha cambiado la forma en que los pacientes perciben la odontología y la salud

oral; ahora nuestros pacientes la consideran alcanzable y necesaria para la salud sistémica.

Los nuevos pacientes que ingresan a la clínica dental de Vidas de Esperanza reciben instrucción adecuada de higiene bucal, exámenes de tejidos blandos y duros, análisis de saliva y placa, exámenes radiológicos, un plan de tratamiento, y reciben citas para tratamientos permanentes mucho más rápido.

Entre los logros del programa, las cofundadoras del programa crearon e implementaron herramientas de instrucción y prevención en forma de un video educativo en español. El

paciente aprende sobre la anatomía de la cavidad bucal y del diente, la diferencia entre la gingivitis y la enfermedad periodontal, la etiología de las caries y la progresión de las caries. Además, los pacientes aprenden sobre las ramificaciones que las enfermedades dentales no controladas pueden tener sobre la salud sistémica. Luego, el video brinda información sobre las diferentes opciones de tratamiento que se ofrecen en la clínica dental de Vidas, en la Facultad de Odontología de UNC y en otras prácticas privadas. Esta información puede mejorar sus resultados de salud oral y sistémica y capacitarlos para tomar decisiones informadas sobre su salud.

La relación de la clínica médica y dental también se está fusionando activamente en un sólido equipo interprofesional para mejorar los resultados de salud de los pacientes. Con un mayor número de pacientes nuevos que ingresan a la clínica, la entrevista inicial con el paciente en la clínica dental sirve como un punto de control para las condiciones sistémicas no diagnosticadas o no controladas. Se completa una revisión exhaustiva de los sistemas corporales durante la entrevista con el paciente, que incluye el control de la presión arterial y lecturas del nivel de glucosa en sangre cuando sea necesario. Debido a que muchos pacientes que ingresan con diabetes o hipertensión no controlada no conocen la importancia de tomar sus medicamentos, H.O.P.E. incluso está capacitando a los estudiantes para que eduquen a los pacientes sobre la importancia de tomar los medicamentos recetados según indicados, aunque ellos "se sienten bien."

El programa de H.O.P.E. es un sistema de instrucción y de clasificación de higiene bucal más comprensivo que han tenido la clínica dental de Vidas. Desde mostrarle a los pacientes cómo se ve la placa dental y sus efectos en los tejidos blandos y duros, a supervisar cómo se cepilla y se usa el hilo dental, a realizar análisis salivales y microbiológicos, el programa incluso incorpora discusiones sobre la dieta como parte de la revisión del historial de salud. H.O.P.E. está proveyéndole a los pacientes un enfoque

individualizado y centrado para el manejo de la salud bucal y la entrega de tratamientos dentales.

El Programa de Educación y Prevención para la Salud Oral Hispana (H.O.P.E.) permite a los pacientes de Vidas de Esperanza profundizar su comprensión de la salud y las enfermedades bucales. La odontología en la clínica de Vidas ahora se lleva a cabo de manera bilingüe y culturalmente sensible. H.O.P.E. les brinda a los pacientes la oportunidad de participar en su cuidado bucal de una manera más significativa. Desde su lanzamiento, la clínica ha tendido una red más amplia en la comunidad y se han tratado más pacientes con necesidades dentales urgentes. Además, los exámenes dentales más completos le han permitido al equipo brindar un asesoramiento más relevante a los pacientes, con la esperanza de mejorar su tratamiento y los resultados de salud bucal. Un objetivo clave para las becarias latinas de Albert Schweitzer es hacer de este programa el nuevo estándar de odontología en la clínica dental Vidas de Esperanza. Todos los pacientes deben continuar recibiendo un plan de tratamiento individualizado junto con instrucciones de higiene oral reforzadas para garantizar que puedan prevenir enfermedades y preservar su dentadura por muchos años más.





**Senior Vice President Dental Medicine
NYU Langone Hospital
Hansjorg Wyss Department of Plastic Surgery
Grossman School of medicine
New York, NY ***

*** Formerly**

Keywords: Health Network; Community Centers; Health Centers; Minorities; Migrants; African Americans; Hispanics; FQHC; CODA; Dental Residencies; Lutheran; Postdoctoral Dental Education; Dental Services; Underserved Communities

Introduction

Bob Dylan won the Nobel Prize for Literature in 2016. ¹ Not without some controversy which befits him, as well as the times in which we find ourselves embedded. This musician from Minnesota has been recognized for over a half-century as a mystical presence and songwriting troubadour, and a chronicler of our times through his poetic songs. If one listens closely, his music speaks to the issues of over fifty years that continue to leave marks on our democracy. His tunes have heralded the underdog, the downtrodden, the victims of inequality, and ascribed blame to the politics and economic disparity failures. Issues of extreme divisiveness, racism, political upheaval, inequality, and social justice continue to plague society. His songs emerged as an insistent reminder about a failing health care system that takes its toll on minorities and the underserved inordinately.

“The times they are a-changing...” Dylan wrote ² in 1964, and indeed they have. More so than could be imagined by most with the Covid-19 pandemic amidst us. Yes, but the times constantly change, one can argue. The pony express was here one day and gone the next after Western Union, and the telegraph found its way from coast to coast. The current pandemic was not here one day, and shortly after that, the world was in lockdown with rapid changes that may take longer than expected to reverse: if ever. A new world order covered us all, and as health professionals, we have always

***CHANGING TIMES: A
STORY
A BRIEF NARRATIVE
ABOUT HOW CHANGING
TIMES, AND A DREAM,
INFLUENCED A UNIQUE
AND INNOVATIVE
APPROACH TO
INCREASE ACCESS TO
CARE FOR THE
UNDERSERVED USING
COMMUNITY MIGRANT
HEALTH CENTERS .***

***Neal A. Demby, DMD, MPH, FACD,
FICD, D-ABSCD ****

**Neal A. Demby, DMD, MPH, FACD, FICD, D-
ABSCD ***

had in our DNA the adaptation and resilience to change. Think about the scientific advances of the last century, the changing therapies, pharmaceutical products, the new hospital infrastructure, the sanitary designs, and much more.

Health disparities have long been born by low-income; minorities, predominantly Hispanics and Blacks. Not a new reality. Oral health is no different. It is not the purpose of the story that will unfold, to site reams of data on oral health which are well known to us all or bore the reader. Entropy, according to physicists, is a measure of the disorder of a system. Translated to health care, in our country health is still at the point of entropy. Despite significant efforts for reform, a highly disordered system fails those most in need for a myriad of reasons. In addition, those who have Medicaid have historically low utilization rates for oral health services.

The Story

The story begins with the “War on Poverty”; the Office of Economic Opportunity under Presidents Kennedy and Johnson that spawned the birth of Community and Migrant Health Centers. There are now about 14,200 Federally Qualified Health Centers (FQHC) in the United States and its urban and rural territories. ³ Funded through Section 330 of the Public Health Service Act, they must provide primary health care services, including oral health, according to established criteria and to underserved communities, especially in designated health care shortage areas. ³

Critical among the criteria is increasing access to primary care and community control. Moreover, essential to provide culturally appropriate care to diverse communities. As well as stimulate workforce development in primary care. ³ Currently, Health Centers see about 30 million people annually, or about one

in eleven persons in the United States use FQHCs for their care. FQHCs primarily serve low-income and Medicaid recipients, being the medical and health care home for over 24 million people nationally. Health center patients are among the nation’s most vulnerable populations, people who even if insured would nonetheless remain isolated from traditional forms of medical care because of where they live, who they are, the language they speak, and their higher levels of complex health care needs. Half of health center patients reside in rural areas, while the other half tend to live in economically depressed inner-city communities. As a result, patients are disproportionately low income, uninsured or publicly insured, and members of racial and ethnic minority groups, as African Americans and Hispanics. ⁴

In 1968 the Lutheran Medical Center (LMC) in Brooklyn, NY, received one of the first grants from the Public Health Service to establish an FQHC, called the Sunset Park Family Health Center. Since then, LMC has become part of the New York University Langone Health Care System. It is a 450-bed teaching hospital on the Hudson River waterfront and has morphed into one of the largest FQHCs in the country with a network of satellite health centers. Hubs and spokes. From patient windows, the Statue of Liberty can be seen glowing in the sunlight.

Situating the newly built hospital (1976) in an abandoned building amidst a decaying area was a bold stroke. The former hospital had been in service for over 100 years, caring for a large Scandinavian population who had worked the docks and waterfront. Aging and leaving the area; changing demographics saw a huge influx of Puerto Ricans coming to the Sunset Park area of Brooklyn. Today the community demonstrates the real meaning of diversity with populations of Hispanics from the Caribbean, Mexico, other Spanish-speaking countries; a large “Chinatown”,

Asians, African Americans, and those from the Middle east. Oral health services have been present since their inception as part of primary care. Low income, lack of insurance, except for Medicaid, took their toll on the oral health of children, adults, medically compromised, and those with Special Needs.

In 1974 the first post-doctoral residency program was initiated with two residents in General Practice at The Commission on Dental Accreditation (CODA) of the ADA made a site visit and granted full accreditation; the first within an FQHC network. The trail continues with social and health policy changes by Health and Human Services (HHS)/CMS and other agencies through the Balanced Budget Act, urging and allowing extramural placement and training of primary care physician and dentist interns/residents within FQHCs.

The opportunity presented was a game-changer for NYU Langone, enabling growth, dramatic expansion, and accreditation of new dental training programs extramurally. However, many training programs are hesitant to let the baby out of the crib other than short-term rotations. NYU Langone and this author envisioned and embraced the opportunity to increase access to oral health care, nationally, by developing affiliations with FQHCs throughout the country; and placing residents for their entire one-, two-, or three-year training program outside the walls of the parent institution. A hospital without walls, it was called by many. If you will, there were a plethora of “dangling participles” that had to be threaded and linked into a cohesive framework, achieve accreditation (meet CODA standards) for varying specialty programs, and provide accountability, data collection, and quality management parameters.

Leadership training was essential for the management team assembled. A passion, loyalty, understanding, and commitment to a

joint mission had to be focused and not waver. Unknown variables and challenges had to be embraced and transferred to leadership and staff at partnering entities. FQHCs, other entities that might provide excellent training for residents had to be sought out. Faculty had to be trained in educational methodologies, paradigms altered. Most health center dentists and staff were not born educators, and Faculty Development curricula had to be pieced together. Appropriate pedagogical methodologies are instilled with a commitment by both partners. The transition of a service-based model to a service-learning environment was a challenge that succeeded and was welcomed.

Program Directors established piece by piece programs in Advanced Education in General Dentistry, General Practice Residency, Pediatric Dentistry, Periodontics, Endodontics, Orthodontics, Oral Facial Pain, and Public Health. All accredited by CODA.

The precipitous and timely advent of video

Teleconferencing/telemedicine provided the impetus and pathway to connect all partners throughout the country with a comprehensive (synchronous and asynchronous) standardized curriculum acceptable to CODA. Residents can now access the assigned curriculum on their timeline and faculty during “office hours” (Note that this use of distance and e-learning preceded by 30 years the current enhanced usage brought on by the pandemic). A continuum of grants and contracts from Federal programs, Foundations over 40 years added to the necessary enhancements and dollars, including faculty, telemedicine updates, faculty development, and curricula. Research programs in HIV and other health services areas were instituted.

By 2018 approximately 450 residents were practicing in 27 states and internationally in Trinidad at the University of the West Indies.

They account for a million or so visits by one program to the underserved. The Pediatric Dentistry Program is a stunning example of having developed the most extensive program in the country with 14 training sites ranging from Hawaii, Alaska, California, Arizona, and Florida to Tennessee, Missouri, Maryland, New York, Rhode Island, Massachusetts, and Maine.

Centered around a culture of Excellence and Accountability and service-learning, pediatric dental residents, represent all post-doctoral programs at Langone. Over 120 current pediatric residents and 1000 alumni and faculty make it the largest in the country. The curriculum and front-line faculty teach with the idea of mentoring residents to give back to their communities where they eventually practice. Furthermore, they do, confirming with at least 90% in an outcomes survey answering positively if they provide services to the disenfranchised and underserved. There are over 1000 residents, faculty, and alumni with the pediatric program. Over 70% of graduates have become Board Certified.

The original team development is largely still in place. They have succeeded beyond all our initial dreams of increasing access to care for minorities who have borne the brunt of diseases. This access to care includes Covid-19 in terms of death and hospitalizations, particularly among Hispanics and African Americans. The pandemic has altered and, for a time, forced dental practices to close. Moreover, rapidly adapt to changes and innovations in how they will practice, assuring safety for all. Vaccines were in development for over a year and were remarkably effective when released. The toll of over 800,000 deaths to date could and should have been less. Unfortunately, politics and noncompliance rather than science took hold. However, the experience of Covid-19 is a dramatic and tragic change to our times,

causing reflection on what is critical in our new world order.

The storm was weathered.

It was still raging. Clouds still fill the horizon with other unknown variants. Nevertheless, the story told here is both remarkable and powerful. It has relied on characteristics that came together because of individuals who could Marshall their skills within a joint mission. These include Passion/loyalty/commitment, Accountability/Qualitative excellence, Accreditation, Partnership building, Team building/Collaboration, Advocacy at all levels, faculty and staff development, Distance Learning, A Model for Disruptive Innovation, and administrative support. Of course, there is more.

Integrating the above day-to-day does not come easy. It is infused with grit and persistence. This could be considered in the future as a case study of how, why, and timing; and accepting changing times as opportunities. As a case study that embodies principles of disruptive innovation developed by Clayton Christiansen at Harvard. A case study that relies on community involvement. The call for more models invested in marginalized communities is loud and clear. 6

Oh, and yes, the “Familia.” That is what a team can become—all too rare but worth the voyage.

References

1. Noble Prize. Nobel Prize Banquet for Bob Dylan’s acceptance, speech given by the United States Ambassador to Sweden Azita Raji. Nobel Prize Outreach. Available at: <https://www.nobelprize.org/prizes/literature/2016/dylan/speech/>. Published December 10, 2016. Accessed Wed. 20 Oct 2021.

2. Dylan, B. The Times They Are A-Changin'. Classic Rock; Columbia Records. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=90WD_ats6eE. Published January 13, 1964. Accessed Wed. 20 Oct 2021.

3. National Association of Community Health Centers (NACHC). Community Health Center Chartbook 2021. <https://www.nachc.org/research-and-data/research-fact-sheets-and-infographics/2021-community-health-center-chartbook/>. Published April 2021. Accessed Wed. 16 Oct. 2021.

4. National Association of Community Health Centers (NACHC). American Health Centers. Fact Sheet. March 2016. <http://www.nachc.org/wp-content/uploads/2015/06/Americas-Health-Centers-March-2016.pdf>

5. American Association of Community Dental Programs. Myron Allukian Jr. Lifetime Achievement Award for Outstanding Contributions in Community Dental Programs 2017 Recipient. <https://www.aacdp.com/awards/nealdemby.html>. Published April 23, 2017. Accessed Fri. 18 Oct. 2021.

6. Borrell LN, Kapadia F. Social Justice for Marginalized Communities. Am J Public Health. 2021; 111 (8); 1366.



TIEMPOS CAMBIANTES : UNA HISTORIA

UNA BREVE NARRACIÓN SOBRE COMO LOS TIEMPOS CAMBIANTES Y UN SUEÑO INFLUYERON EN UN ENFOQUE ÚNICO E INNOVADOR PARA AUMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MAS VULNERABLES USANDO LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS Y PARA MIGRANTES.

*Neal A. Demby, DMD, MPH,
FACD, FICD, D-ABSCD **

*Vicepresidente de la División de
Medicina Dental*

NYU Langone Hospital

*Departamento de Cirugía Plástica
Hansjorg Wyss*

Escuela de Medicina Grossman

*New York, NY **

Palabras clave: Red de Servicios en Salud;
Centros Comunitarios; Centros de salud;

Minorías; Migrantes; Afroamericanos; Hispanos; FQHC; CODA; Residencias dentales; Lutheran; Educación dental postdoctoral; Servicios dentales; Comunidades vulnerables

Introducción

Bob Dylan ganó el Premio Nobel de Literatura en 2016. ¹ No sin cierta polémica que le correspondió a él, así como a la época en la que nos encontramos inmersos actualmente. Este músico de Minnesota ha sido reconocido durante más de medio siglo como una presencia mística y un trovador compositor, y como un cronista de nuestro tiempo a través de sus canciones poéticas. Si uno escucha con atención, su música habla de los temas que en más de cincuenta años siguen dejando huellas en nuestra democracia. Sus melodías han anunciado a los desamparados, los oprimidos, las víctimas de la desigualdad y han atribuido la culpa a los fracasos de la política y la disparidad económica. Los problemas de división extrema, racismo, agitación política, desigualdad y justicia social continúan plagando a la sociedad. Sus canciones surgieron como un recordatorio insistente sobre un sistema de atención de la salud que falla y que afecta a las minorías y los desatendidos de manera desmesurada.

“Los tiempos en que están cambiando Dylan escribió...”, ² en 1964, y de hecho lo han hecho. Más de lo que la mayoría podría imaginar con la pandemia de Covid-19 entre nosotros. Sí, pero los tiempos cambian constantemente, se podría argumentar. El pony express llegó un día y al siguiente se fue después de Western Union, y el telégrafo encontró su camino de costa a costa. La pandemia actual no estuvo aquí ni un día, y poco después de eso, el mundo estaba bloqueado con cambios rápidos que pueden tardar más de lo esperado en revertirse: si es que alguna vez lo hace. Un nuevo orden mundial nos cubrió a todos, y en nuestro ADN como profesionales de la salud siempre hemos

tenido esa adaptación y resiliencia al cambio. Piense en los avances científicos del último siglo, en las terapias cambiantes, en los productos farmacéuticos, en la nueva infraestructura hospitalaria, en los diseños salubristas, y mucho más.

Las disparidades en la salud han nacido desde hace mucho tiempo por todos aquellos con bajos ingresos; minorías, predominantemente hispanos y africano americanos. No es una nueva realidad. La salud oral no es diferente. No es el propósito de esta historia que se desarrollará en esta narrativa, ubicar montones de datos sobre salud oral que son bien conocidos por todos, o que aburren al lector. La entropía, según los físicos, es una medida del desorden de un sistema. Traducido al cuidado de la salud, en nuestro país la salud todavía está en el punto de entropía. A pesar de los importantes esfuerzos para una reforma, un sistema sumamente desordenado falla a quienes más lo necesitan por una infinidad de razones. Además, quienes tienen Medicaid tienen índices de utilización históricamente bajos para los servicios de salud bucal.

La historia

La historia comienza con la “Guerra contra la pobreza”; la Oficina de Oportunidades Económicas bajo los presidentes Kennedy y Johnson que dio lugar al nacimiento de los Centros de Salud Comunitarios y para Migrantes. En la actualidad hay alrededor de 14,200 Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC) en los Estados Unidos y sus territorios urbanos y rurales. ³ Financiados a través de la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública, deben proporcionar servicios de atención primaria de salud, incluida la salud bucal, de acuerdo con los criterios establecidos y a las comunidades desatendidas, especialmente en áreas designadas con escasez de atención médica. ³

Uno de los criterios más importantes para la implementación de estos centros, es el aumento del acceso a la atención primaria y el control comunitario. Además, es esencial brindar una atención culturalmente apropiada a las diversas comunidades. Además de estimular el desarrollo de la fuerza laboral en la atención primaria. Actualmente, los centros de salud atienden a unos 29 millones de personas al año. Aproximadamente 1 de cada 12 personas en los Estados Unidos usa FQHC para su atención: principalmente beneficiarios de Medicaid y de bajos ingresos.³ Actualmente, los centros de salud atienden alrededor de 30 millones de personas al año, o aproximadamente una de cada once personas en los Estados Unidos usan FQHC para su atención. Los FQHC atienden principalmente a beneficiarios de Medicaid y de bajos ingresos, siendo el hogar médico y de atención médica para más de 24 millones de personas a nivel nacional. Los pacientes de los centros de salud se encuentran entre las poblaciones más vulnerables del país, personas que, incluso si estuvieran aseguradas, permanecerían aisladas de las formas tradicionales de atención médica debido al lugar donde viven, quiénes son, el idioma que hablan y sus niveles más altos de necesidades complejas de atención médica. La mitad de los pacientes de los centros de salud residen en áreas rurales, mientras que la otra mitad tiende a vivir en comunidades urbanas deprimidas económicamente. Como resultado, los pacientes tienen ingresos desproporcionadamente bajos, no tienen seguro o tienen seguro público y son miembros de grupos minoritarios raciales y étnicos, como afroamericanos e hispanos.⁴

En 1968, el Lutheran Medical Center (LMC) en Brooklyn, NY, recibió una de las primeras subvenciones del Servicio de Salud Pública para establecer un FQHC, llamado Sunset Park Family Health Center. Desde entonces, LMC se ha convertido en parte del Langone Health Care System de la Universidad de Nueva York. Es un hospital universitario de

450 camas en la ribera del río Hudson y se ha transformado en uno de los centros de atención primaria de salud más grandes del país con una red de centros de salud satélites. Desde las ventanas de los pacientes, se puede ver la Estatua de la Libertad brillando a la luz del sol. Es una gran red funcionando coordinadamente entre puntos y líneas (refiriéndose al término "Hubs and spokes" en inglés).

Situar el hospital recién construido (1976) en un edificio abandonado en medio de un área en descomposición fue un golpe audaz. El antiguo hospital había estado en servicio durante más de 100 años, atendiendo a una gran población escandinava que había trabajado en los muelles y la costa. Pero hubo un envejecimiento y abandono de la zona; Los cambios demográficos vieron una gran afluencia de puertorriqueños que llegaban al área de Sunset Park de Brooklyn. Hoy la comunidad demuestra el significado real de la diversidad con poblaciones de hispanos del Caribe, México, y otros países de habla hispana; adicionalmente un gran "barrio chino", y asiáticos; además de Afroamericanos y migrantes del Medio Oriente. Los servicios de salud bucal han estado presentes desde sus inicios como parte de la atención primaria. Los bajos ingresos y la falta de seguro, a excepción de Medicaid, afectaron la salud bucal de niños, adultos, personas con problemas médicos y personas con necesidades especiales.

En 1974, se inició el primer programa de residencia dental postdoctoral con dos residentes en Práctica General Dental (GPR), respaldado por la Comisión de Acreditación Dental (CODA) de la ADA, quienes realizaron una visita al sitio y otorgaron la acreditación completa; el primero dentro de una red FQHC.⁵ El camino ha continuado con los cambios en las políticas sociales y de salud por parte de Salud y Servicios Humanos (HHS) / CMS y otras agencias a través de la Ley de Presupuesto Equilibrado, instando y

permitiendo la colocación y capacitación extramuros de médicos de atención primaria y dentistas residentes dentro de los FQHC.

La oportunidad presentada fue un cambio de juego para NYU Langone, lo que permitió el crecimiento, la expansión dramática y la acreditación de nuevos programas de capacitación dental de manera extramural. Sin embargo, muchos programas de capacitación dudan en dejar que el bebé salga de la cuna, excepto en rotaciones a corto plazo. NYU Langone y este autor, imaginaron y aprovecharon la oportunidad de aumentar el acceso a la atención de la salud bucal, nacionalmente, mediante el desarrollo de afiliaciones con FQHC en todo el país; y colocando a los residentes durante todo su programa de capacitación de uno, dos o tres años fuera de las paredes de la institución matriz. Un hospital sin paredes, lo llamaron muchos. Si lo desea, había una variedad de elementos e ideas que tenían que ser enlazadas para formar un marco cohesivo, y así lograr la acreditación (cumplir con los estándares CODA) para diversos programas de especialidades y proporcionar rendición de cuentas, recopilación de datos y parámetros de gestión de calidad.

La formación en liderazgo fue fundamental para el equipo directivo formado. La pasión, la lealtad, la comprensión y el compromiso con una misión conjunta tenían que centrarse y no vacilar. Las variables y los desafíos desconocidos debían aceptarse y transferirse al liderazgo y al personal de las entidades asociadas. Había que buscar FQHC, otras entidades que pudieran proporcionar una excelente formación a los residentes. Se tuvo que capacitar al profesorado en metodologías educativas, y alterar paradigmas. La mayoría de los odontólogos y el personal de los centros de salud no nacieron como educadores, y los planes de estudio y curriculares de la división tuvieron que reconstruirse. Metodologías pedagógicas apropiadas fueron integradas con

el compromiso de ambas partes. La transición de un modelo basado en servicios a un entorno de docencia-servicio fue un desafío que tuvo éxito y fue bienvenido.

Los directores de programa establecieron pieza por pieza en los programas postdoctorales de Educación Avanzada para Odontología General, Residencia en Práctica General Dental, Odontología Pediátrica, Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, Dolor Facial Oral y Salud Pública Dental. Todos acreditados por CODA.

La precipitada y oportuna llegada del video

La teleconferencia / telemedicina proporcionó el ímpetu y el camino para conectar a todos los clínicos en todo el país con un plan de estudios estandarizado integral (sincrónico y asincrónico) aceptable para CODA. Los residentes ahora pueden acceder al plan de estudios asignado en su línea de tiempo y a sus instructores durante las "horas de oficina" (tenga en cuenta que este uso del aprendizaje a distancia y electrónico precedió por 30 años al uso mejorado actual provocado por la pandemia). Una serie de fondos y contratos de programas federales, recursos económicos durante más de 40 años se sumaron a las mejoras, para las actualizaciones requeridas en telemedicina, en el desarrollo de los profesores y en los planes de estudio. Se instituyeron programas de investigación en VIH y otras áreas de servicios de salud.

Para 2018, aproximadamente 450 residentes estaban practicando en 27 estados e internacionalmente en Trinidad en la Universidad de las Indias Occidentales. Esto representa aproximadamente un millón de visitas a un programa de salud oral por parte de los más vulnerables. El Programa de Odontología Pediátrica es un ejemplo sorprendente al haber desarrollado el programa más extenso del país con 14 sitios de capacitación que van desde Hawái, Alaska,

California, Arizona y Florida hasta Tennessee, Missouri, Maryland, Nueva York, Rhode Island, Massachusetts y Maine.

Centrados en una cultura de excelencia y responsabilidad y aprendizaje de servicios, los residentes de odontología pediátrica representan todos los programas posdoctorales en NYU Langone División Dental. Más de 120 residentes pediátricos actuales y 1000 exalumnos y profesores lo convierten en el más grande del país. El plan de estudios y la facultad de primera línea enseñan con la idea de asesorar a los residentes para que retribuyan a sus comunidades donde eventualmente practican. Y efectivamente lo hacen, con al menos el 90% de ellos respondiendo positivamente a una encuesta de resultados confirmando que si siguen brindando servicios a los vulnerables y a los más necesitados después de graduados. Hay más de 1000 residentes, profesores y exalumnos con el programa pediátrico. Más del 70% de los graduados se han certificado por las juntas nacionales de especialidades.

El desarrollo de este gran equipo original está todavía trabajando. Han tenido éxito más allá de todos nuestros sueños iniciales de aumentar el acceso a la atención para las minorías que han sufrido la peor parte de las enfermedades. Este acceso a la atención incluye Covid-19 en términos de muerte y hospitalizaciones, particularmente entre hispanos y afroamericanos. La pandemia ha alterado y, durante un tiempo, ha obligado a cerrar las consultas dentales generales. Además, este equipo ha tenido que adaptarse rápidamente a los cambios e innovaciones en la forma de practicar, garantizando la seguridad para todos. Las vacunas estuvieron en desarrollo durante más de un año y fueron muy efectivas cuando se lanzaron, no obstante, el saldo de más de 800.000 muertes hasta la fecha podría y debería haber sido menor. Desafortunadamente, se impuso la política y el incumplimiento en lugar de la ciencia. Sin

embargo, la experiencia de Covid-19 es un cambio dramático y trágico en nuestro tiempo, que provoca una reflexión sobre lo que es crítico en nuestro nuevo orden mundial.

La tormenta fue superada.

Todavía el clima estaba furioso. Las nubes aún estaban llenas en el horizonte con otras variantes desconocidas. Sin embargo, la historia que se cuenta aquí es a la vez notable y poderosa. Se ha basado en características que se unieron debido a personas que pudieron evaluar sus habilidades dentro de una misión conjunta. Estos han incluido Pasión / Lealtad / Compromiso, Responsabilidad / Excelencia cualitativa, Acreditación, Creación de alianzas, Formación de equipos / Colaboración, Defensa en todos los niveles, desarrollo de profesores y personal, Aprendizaje a distancia, Modelo de innovación disruptiva y apoyo administrativo. Por supuesto, hay más.

Integrar el día a día anterior no ha sido fácil. Está impregnado de arena y persistencia. Esto podría considerarse a futuro en un estudio de caso de cómo, por qué y en qué momento; y aceptar los tiempos cambiantes como oportunidades. Como un estudio de caso que encarna los principios de innovación disruptiva desarrollados por Clayton Christensen en Harvard. Un estudio de caso que se basa en la participación de la comunidad. El llamado a que se inviertan más modelos en las comunidades marginadas es alto y claro. 6

Ah, y sí, la "Familia". Eso es lo que puede llegar a ser un equipo: demasiado raro, pero vale la pena el viaje.

In Remembrance

Once in a generation a giant is gifted to our society that transcends through innovation, empathy, and deeds. Dr. Neal Demby personified all these qualities and more. Dr. Demby was a pioneer in Dental Education and created the largest Post-Graduate Dental Program in the United States and the world, with about 400 residents per class serving more than 1 million people a year in about 300 community centers.

More than a hero for those most in need, he was my mentor, my guide and my friend. We will truly miss him, his work, his impetus and we will never forget him. His great leadership, passion and power of creation, will allow us to perpetuate his torch of persistence. It will illuminate the path not commonly taken to help make a difference in the lives of others. All his students and colleagues who had the honor of having him as a mentor and guide will continue to honor him and put into practice his motto of... **“be perseverant and move forward despite obstacles or circumstances.”**

And on behalf of the JHDA, "A rest well deserved, because you, Dr. Neal Demby, have championed change to make the world a better place."

With the sincerest appreciation and love,

Always your student,

Dra. Martha Mutis.

Semblanza

Solo una vez en una generación, un gigante recibe un don y que trasciende dentro de nuestra sociedad a través de la innovación, la empatía y las acciones. Dr. Neal Demby personificó todas estas cualidades y más. El Dr. Demby fue un pionero en la Educación Dental, y creó el Programa Odontológico de Posgrado más grande de los Estados Unidos y del mundo, con alrededor de 400 residentes en cada promoción, y que atienden a más de 1 millón de personas al año en alrededor de 300 centros comunitarios.

Más que un héroe por los mas necesitados, era mi mentor, mi guía y mi amigo. Realmente lo extrañaremos, por su trabajo, su ímpetu y nunca lo olvidaremos. Su gran liderazgo, pasión y



poder de creación, nos permitirá perpetuar su antorcha de persistencia, para iluminar el camino no comúnmente tomado que ayuda hacer la diferencia en otros en esta vida. Todos sus alumnos y colegas que tuvieron el honor de su formación y guía, seguirán honrándolo y poniendo en práctica su lema de ... **“sea perseverante y siga adelante a pesar de los obstáculos o circunstancias.”**

Y de parte de la JHDA, “Un descanso bien merecido, porque tu, Dr. Neal Demby, habéis defendido el cambio para hacer del mundo un lugar mejor”.

Con el más sincero aprecio y amor,

Su siempre alumna,

Dra. Martha Mutis.



ADEA congratulates the JHDA on welcoming a new era in bilingual oral health publishing. We appreciate and support your growth and success.

ADEA felicita la JHDA por darle la bienvenida a una nueva era en las publicaciones bilingües sobre salud oral. Apreciamos, apoyamos su crecimiento y éxito.

The HDAF welcomes a new and exciting publication to the HDA Familia. We are proud of your efforts and innovation in helping advance Hispanic Oral Health in this novel bilingual journal.

La HDAF da la bienvenida a una nueva y emocionante publicación para la familia HDA. Estamos orgullosos de sus esfuerzos e innovación para ayudar a promover la Salud Bucal Hispania en este novedoso journal bilingüe.



The JHDA would like to invite all Hispanic and non-Hispanic authors, who are part of the Dental, Medical, Scientific and Oral Health communities to submit manuscripts related to the Hispanic Oral Health. Your manuscripts are recommended to be less than 1500 words, in bilingual format to be considered for publication in future editions.

La JHDA desea invitar a todos los autores hispanos y no hispanos, que forman parte de las comunidades de salud dental, médica, científica y bucal a enviar manuscritos relacionados con la salud bucal hispana. Se recomienda que sus manuscritos tengan menos de 1500 palabras, en formato bilingüe para ser considerados para su publicación en ediciones futuras.



Building a future to smile about



Colgate-Palmolive is a \$16.5 billion global company.

Since 1806, we've been creating products that build brighter futures for everyone – our consumers, employees, partners and the communities we call home.

We are truly global. Our diverse backgrounds and perspectives help us respond to the needs and aspirations of the many millions of people we serve worldwide. We work together globally to perform at our best locally, always with unwavering integrity.

We see every day as an opportunity to improve on the last. We harness the latest advances in science and technology to deliver innovative products and advance the way we make and deliver them.

If you would like to learn more about Colgate-Palmolive, please visit our website at www.ColgatePalmolive.com.



Colgate is an equal opportunity employer and all qualified applicants will receive consideration for employment without regard to race, color, religion, sex, gender identity, sexual orientation, national origin, disability status, protected veteran status, or any other characteristic protected by law.



-Established 1990-

SOMOSHDA

