



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.¹ 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,² 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 convenient 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 Survey,⁴ 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.⁵

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 2017,⁶ 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 Survey,⁷ 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

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

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 care.⁸ Not surprisingly, over one in five U.S. Hispanic Adults delayed health care due to cost as well.⁹

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 visit.¹⁰ 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 1% 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 HHS,² 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 Médicos,⁴ 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 periodo 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 Foundation⁵ 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.

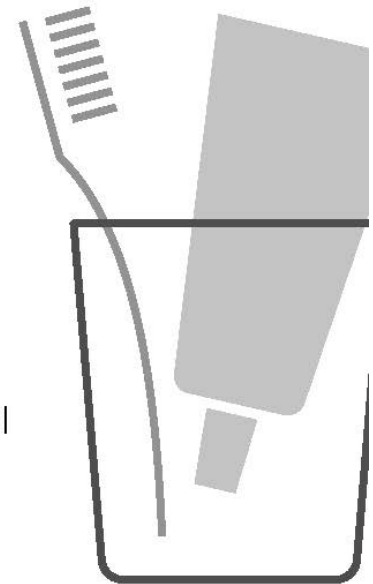
Muchos factores contribuyen a un menor acceso a la atención dental entre los hispanos de EE. UU., incluido el costo de la atención, los servicios cultural y lingüísticamente apropiados, la alfabetización en salud bucal y otros determinantes sociales. Solo aproximadamente la mitad (50.2%) de los adultos estadounidenses de 18 a 64 años tenían seguro dental privado en 2017,⁶ 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 mental.⁸ No es sorprendente que más de uno de cada cinco adultos hispanos de EE. UU. retrasen la atención de la salud también debido al costo.⁹

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 dental.¹⁰ 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/>