

Abril 2024

# Perspectivas de la comunidad sobre el acceso, la calidad y la invasividad de la atención dental

## Tabla de contenido

Tabla de contenido .....	2
Agradecimientos .....	3
Introducción.....	4
Metodología.....	5
Temas clave .....	6
Acceso a la atención dental .....	6
<i>Tema clave: Tener cobertura dental no equivale a tener acceso.....</i>	<i>7</i>
<i>Tema clave: Las personas entienden que su salud oral es importante: las barreras a la atención son estructurales y se basan en los sistemas. ....</i>	<i>8</i>
Experiencias con la atención dental .....	10
<i>Tema clave: Las experiencias de las personas con la atención tienen un componente racial y los resultados de la salud oral no son equitativos.....</i>	<i>10</i>
<i>Tema clave: El miedo, el trauma y la confianza están estrechamente relacionados en las experiencias de las personas con la atención dental.....</i>	<i>11</i>
<b>Invasividad de la atención dental .....</b>	<b>13</b>
<i>Tema clave: La invasividad de la atención dental se debe a su inaccesibilidad y a que no es asequible.....</i>	<i>13</i>
<i>Tema clave: La "invasividad" se experimenta dentro y fuera de los entornos clínicos e involucra el acceso, la asequibilidad y la elección del paciente .....</i>	<i>14</i>
<b>Las comunidades realmente quieren participar en el diseño y la implementación de soluciones .....</b>	<b>16</b>
Recomendaciones de políticas.....	18
Conclusión .....	22

## Agradecimientos

Este informe y las sesiones de escucha comunitarias asociadas se desarrollaron y llevaron a cabo en colaboración con la guía específica, el apoyo y los comentarios de:

**Adam Fox y Mannat Singh**, Colorado Consumer Health Initiative

**Milo Marquez**, Colorado Latino Leadership, Advocacy, and Research Organization (CLLARO)

**Freedom Thompson y Sarah Maresh**, Nebraska Appleseed

**Ronald Browder y Lisa Stafford**, Ohio Federation for Health Equity and Social Justice

Aunque no nombramos a los participantes de las sesiones de escucha comunitarias aquí ni a lo largo de este informe por razones de confidencialidad, estamos profundamente en deuda con su trabajo, compromiso y confianza a lo largo de este proyecto.

Este informe ha sido elaborado con el apoyo del CareQuest Institute for Oral Health.

## Introducción

Las enfermedades dentales afectan a algo más que a nuestros dientes, y la [salud oral es fundamental para la salud y el bienestar general](#). Las enfermedades dentales se asocian a diversas afecciones agudas y crónicas, como cardiopatías, neumonía, demencia y diabetes. Una buena salud oral puede reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo y favorecer la salud mental. A pesar de estas profundas conexiones, el sistema de salud oral en los Estados Unidos está sistemáticamente separado de otras áreas de la atención médica, incluyendo cómo se cubre la atención, cómo se paga y dónde y quién la provee.

A pesar de la importancia de la salud oral, muchas personas en Estados Unidos carecen de acceso a una atención dental de calidad, asequible y accesible: aproximadamente [un tercio de los adultos no acuden a una visita anual al dentista](#) y cerca de [un tercio de los adultos mayores han perdido al menos seis dientes debido a enfermedades dentales](#). Al igual que en otras áreas de la salud, el racismo estructural determina las políticas de salud oral e impulsa las desigualdades en el acceso a la atención y sus resultados. Las personas negras, indígenas y de color, así como los individuos con bajos ingresos y aquellos con discapacidades, se enfrentan a mayores barreras para acceder a la atención dental y, en consecuencia, a [más enfermedades dentales sin tratar](#). [La atención dental también supone la mayor carga económica de todos los servicios médicos](#), lo que deja esta atención fuera del alcance de millones de personas y crea una elección imposible para muchos: [endeudarse para pagar la atención](#) o sufrir con dolor.

La falta de acceso a la atención y las inequidades en los resultados son consecuencia de decisiones políticas, no de la responsabilidad personal. Investigaciones y actividades de defensoría demuestran sistemáticamente que las personas [se preocupan y comprenden la importancia de su salud oral](#): se considera una prioridad y se sabe que está [relacionada con la salud en general](#). Sin embargo, el grado en que las comunidades participan en las conversaciones y decisiones sobre las políticas de salud oral que afectarán su acceso y atención varía ampliamente.

Para avanzar efectivamente con las nuevas políticas o modelos de atención, es fundamental dar prioridad a la participación profunda y significativa de las comunidades para entender lo que la gente experimenta actualmente y lo que quieren de su atención. Para comprender mejor las perspectivas de los miembros de la comunidad en relación con el acceso y las experiencias con la atención dental, Community Catalyst celebró una serie de "sesiones de escucha comunitarias" con miembros de la comunidad en tres estados. Este informe incluye una visión general de la metodología de estas sesiones de escucha, descripciones de los temas clave que surgieron y recomendaciones de políticas para hacer frente a los obstáculos mencionados por los miembros de la comunidad.

## Metodología

En colaboración con organizaciones comunitarias y de defensoría, Community Catalyst organizó sesiones de escucha con miembros de la comunidad en tres estados: Colorado, Nebraska y Ohio. En cada estado, nos asociamos con una organización local (véase la tabla a continuación) con un sólido historial de participación comunitaria y experiencia en temas de salud oral. Juntos, organizamos dos sesiones de escucha comunitaria en cada estado para un total de seis sesiones. Las sesiones se llevaron a cabo virtualmente a través de Zoom. El personal de Community Catalyst dirigió las sesiones y gestionó la logística, incluida la toma de notas, la configuración técnica y el apoyo; las organizaciones locales asociadas gestionaron las actividades de alcance comunitario, reclutamiento y seguimiento con los participantes y asistieron a todas las sesiones para apoyar la facilitación. Cada organización local llevó a cabo el reclutamiento en sus comunidades; Community Catalyst no limitó las sesiones en función del grupo de identidad ni de ningún otro criterio estandarizado, sino que se basó en la experiencia de participación comunitaria de las organizaciones locales.

Cada sesión de escucha duró 90 minutos y se grabó con el permiso de todos los participantes. Debido a los horarios de los participantes, el número de participantes varió entre la primera y la segunda sesión (véase la tabla siguiente); sin embargo, cada una de las dos sesiones en cada estado incluyó prácticamente la misma lista de invitados. El personal de Community Catalyst se reunió con las organizaciones locales asociadas después de la primera sesión para informarles, responder a los comentarios de los participantes o del personal de la organización y realizar los ajustes necesarios para la segunda sesión.

<b>Estado</b>	<b>Organización local asociada</b>	<b>Sesión de escucha #1: Número de participantes</b>	<b>Sesión de escucha #2: Número de participantes</b>
Colorado	Colorado Consumer Health Initiative	12	6
Nebraska	Nebraska Appleseed	15	13
Ohio	Ohio Federation for Health Equity and Social Justice	8	6

El personal de Community Catalyst colaboró con las organizaciones locales en el diseño de guías de conversación que incluían preguntas estructuradas e indicaciones para guiar las sesiones de escucha. En la primera sesión, se preguntó a los participantes sobre su salud oral, sus experiencias a la hora de encontrar un proveedor y recibir atención, y sus opiniones sobre el carácter invasivo de la atención y las opciones menos invasivas. En la segunda sesión, se preguntó a los participantes si su salud oral había repercutido en

otros aspectos de su vida y cómo lo había hecho, así como su opinión sobre la forma de superar los obstáculos mencionados en la primera conversación, entre ellos qué haría más fácil encontrar un proveedor o recibir atención dental, qué aumentaría la capacidad de elección del paciente y qué mejoraría sus experiencias con la atención.

Las grabaciones de las sesiones y las transcripciones correspondientes, junto con las notas del facilitador, se utilizaron para identificar los temas clave que se describen a continuación.

## **Temas clave**

La siguiente sección resume los temas clave descubiertos en las seis sesiones de escucha que se llevaron a cabo. Los temas giraron en torno a tres cuestiones generales: el acceso a la atención, las experiencias con la atención y el carácter invasivo de la atención. En general, las conversaciones apuntan a la realidad de que el acceso a la atención médica no solamente se trata de que unas personas lo tienen y otras no. El acceso a la atención médica existe en un espectro que incluye factores como la cobertura del seguro, la capacidad de encontrar un dentista, llegar al lugar donde se presta la atención y la capacidad de pagar los servicios. Además, factores asociados a la calidad de la atención, como el trato que reciben los pacientes, las experiencias de discriminación y el carácter invasivo de la atención, se entrecruzan con cuestiones relacionadas con el acceso para dar una imagen global de lo que significa que la atención odontológica sea realmente accesible, asequible y respetuosa.

### **Acceso a la atención dental**

En las seis sesiones de escucha realizadas en los tres estados, surgieron barreras de acceso similares relacionadas con la situación en cuanto al seguro, la cobertura de servicios específicos, la disponibilidad y accesibilidad de los proveedores y los determinantes sociales, como el transporte y el acceso lingüístico.

Los participantes describieron constantemente el acceso como algo menos binario, es decir, se tiene acceso o no se tiene, y más como un espectro, nombrando múltiples dimensiones asociadas con el acceso a la atención. Los participantes se refirieron a la forma en que los diversos aspectos del acceso contribuyen entre sí a determinar lo "accesible" que les parece el sistema de salud oral. Los factores específicos sobre la calidad y las experiencias con la atención dental se describen con más detalle a continuación, pero vale la pena señalar que los participantes establecieron sistemáticamente conexiones entre el acceso y la calidad: la calidad de la atención recibida y la forma en que las personas, sus familias y sus comunidades fueron tratadas cuando accedieron a la atención contribuyeron a la forma en que los participantes describieron su experiencia con el acceso.

### ***Tema clave: Tener cobertura dental no equivale a tener acceso***

Los participantes mencionaron de manera consistente que tener seguro dental no equivale a tener acceso a la atención, lo que era especialmente cierto para las personas con cobertura de Medicaid y especialmente para los adultos cubiertos por el programa: los participantes señalaron que la atención de salud oral es notablemente más accesible para los niños que para los adultos. Los participantes también expresaron su frustración por sentirse atrapados entre ganar demasiado dinero para ser elegibles para recibir Medicaid o ayudas económicas y no ganar lo suficiente para poder permitirse una buena atención.

En el caso de los participantes que estaban cubiertos por Medicaid, surgieron tres experiencias principales que contribuyeron a que las personas no pudieran obtener la atención que necesitaban:

1. **Es muy difícil y lleva mucho tiempo encontrar un dentista que acepte Medicaid.**

Quizás el tema más recurrente relacionado con las barreras de acceso en todas las sesiones de escucha fue la falta de dentistas que acepten Medicaid. Los participantes describieron la necesidad de llamar a muchas clínicas o consultorios para poder encontrar un dentista que aceptara Medicaid y que estuviera aceptando nuevos pacientes. Como consecuencia, los participantes también describieron tener que recorrer largas distancias o esperar mucho tiempo para obtener una cita con los pocos proveedores disponibles. Los participantes también señalaron que este obstáculo se ve agravado por la falta de acceso a un transporte fiable. La falta de dentistas que reciben Medicaid, combinada con la [carga adicional que supone para las comunidades de bajos ingresos acudir a esos dentistas](#), está documentada, pero persiste. Esto conlleva tiempo y costos financieros adicionales para las personas que tienen que esperar durante largos periodos de tiempo para ser atendidas, para las que tienen que ausentarse del trabajo y para las que pueden tener que pagar dinero adicional por servicios de transporte. Por último, muchos participantes describieron las consecuencias para la salud oral de no poder encontrar o acudir a un proveedor para recibir atención rutinaria.

2. **Medicaid no siempre cubre los servicios necesarios.** Incluso para los participantes que pudieron encontrar un dentista que aceptara Medicaid, muchos mencionaron necesidades insatisfechas, especialmente para servicios de restauración como endodoncias, como consecuencia de que estos servicios no estuvieran incluidos en su cobertura de Medicaid. Los participantes expresaron frustración y confusión sobre por qué los servicios no estaban cubiertos, incluso cuando su proveedor decía que los necesitaban. Por ejemplo, un participante de Nebraska dijo: *"Medicaid no cubre los aparatos de ortodoncia de mi bebé. Dijeron que no era médicamente necesario aunque el dentista es quien dijo que sí lo era"*.

3. **Encontrar un dentista que cubra la atención que se requiere no equivale a tener una experiencia más positiva o menos invasiva.** Muchos participantes describieron haber recibido un trato deficiente por parte de los proveedores o del personal de la clínica o consultorio y atribuyeron este trato a su cobertura de Medicaid. Se mencionó que las comunidades negras y latinas, de bajos ingresos, de inmigrantes, las personas que hablan un idioma distinto al inglés y las personas con discapacidades se enfrentaban a barreras específicas y recibían un trato deficiente. Aunque los aspectos relacionados con la calidad de la atención y el tratamiento se describen con más detalle a continuación, los participantes mencionaron específicamente este patrón en relación con el acceso y la condición de Medicaid. Un participante de Nebraska describió cómo los proveedores de servicios dentales le trataban con excesiva dureza y cómo sentían menos compasión por su dolor. Dijo: "Creo que parte de eso probablemente tiene sus raíces en el racismo y el clasismo porque tengo Medicaid".

***Tema clave: Las personas entienden que su salud oral es importante: las barreras a la atención son estructurales y se basan en los sistemas.***



**Las personas nunca se plantean que cuidar de su salud oral es un lujo.**

**Participante de Nebraska**

Las conversaciones sobre el acceso a la atención médica llevaron a los participantes de los tres estados a identificar barreras estructurales en común. En todas las sesiones de escucha, cuando se preguntó a los participantes su opinión general sobre la salud oral, las conversaciones giraron rápidamente hacia las barreras sistémicas (y los factores que facilitaban) el acceso al sistema. En los distintos tipos de seguros, uno de los factores sistémicos más comunes de los que hablaron los participantes fue el costo. Los participantes mencionaron el costo de las primas del seguro dental, los deducibles y los copagos, así como los costos asociados a los servicios necesarios que no estaban cubiertos. Incluso cuando no había costos directos por las citas o servicios, los participantes describieron los costos asociados con el transporte, el cuidado de los niños y las ausencias al trabajo para acudir a las citas. Especialmente para los participantes con menos ingresos y para aquellos con muchas otras necesidades económicas, el costo de la atención dental era demasiado alto para que muchas personas pudieran acceder a ella.

Por ejemplo, un participante de Ohio declaró: *"La gente que no es pobre no entiende que cuando tu prioridad diaria es poner comida en la mesa y encontrar un lugar donde vivir, otras cuestiones que no son urgentes en ese momento, a veces quedan relegadas a un segundo plano"*.

La cita anterior no sólo pone de manifiesto los costos excesivos del acceso a la atención dental, sino también otro tema clave de las sesiones de escucha: la realidad de que las comunidades [se preocupan y comprenden lo importante que es su salud oral](#). Aunque hay argumentos que sugieren que los problemas de salud oral son el resultado de una falta de comprensión o de atención a la salud oral y que la atención dental es una cuestión de "responsabilidad personal", estas sesiones de escucha confirmaron que la gente valora y comprende la importancia de recibir atención dental y mantener su salud oral. **Las barreras que impiden una buena salud oral son estructurales y sistémicas, no individuales.**

*"Las familias quieren que sus hijos y los miembros de su familia reciban la mejor atención médica posible. Los recursos no determinan el amor hacia los hijos. No es una cuestión de deseo o de prioridades, es sólo una cuestión de severidad de la pobreza." - Participante de Ohio*

Los participantes no sólo mencionaron continuamente la salud oral como una prioridad para ellos, sino que muchos mencionaron naturalmente las conexiones entre la salud oral y otras áreas de la salud y la vida. Por ejemplo, los participantes mencionaron el papel que desempeñan los problemas dentales en la interrupción de la capacidad de los niños para aprender en la escuela, así como la conexión entre la salud oral y el Alzheimer y las enfermedades del corazón. Por ejemplo, un participante de Colorado describió la experiencia de su abuela: *"Existe una correlación entre los dientes y el corazón: mi abuela murió. Estaba tomando un anticoagulante y ese día le sacaron algunos dientes, por lo que sangró. Mi abuela debería estar viva."*

Como se ha señalado anteriormente, los participantes describieron dificultades particulares para encontrar un proveedor que acepte Medicaid; sin embargo, incluso los participantes con seguros privados y de otro tipo describieron barreras similares: las listas proporcionadas por las compañías de seguros pueden estar desactualizadas; los proveedores que aceptan el seguro de un paciente pueden no aceptar nuevos pacientes; y los tiempos de espera para las citas pueden ser inaceptablemente largos, especialmente cuando alguien está buscando una cita para tratar un problema agudo de salud oral. Además, los participantes describieron otras limitaciones de tiempo asociadas a la necesidad de ausentarse del trabajo, sobre todo si no es remunerado, y al tiempo de desplazamiento para acudir a las citas.

Por último, todas las barreras anteriores se intensifican para las personas que tienen otras necesidades que considerar. Varios participantes mencionaron que tener una discapacidad y/o hablar un idioma distinto al inglés suponen barreras sistémicas específicas o intensifican las ya existentes. Por ejemplo, ya es difícil encontrar un proveedor que acepte Medicaid, que esté capacitado para trabajar con personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, que hable un idioma distinto del inglés o que tenga una clínica o consultorio físicamente accesible; si un paciente necesita un proveedor que cumpla más de uno de estos criterios, el grupo de proveedores se reduce aún más.

### **Experiencias con la atención dental**

Como se ha señalado anteriormente, la posibilidad de encontrar un proveedor, obtener una cita y pagar por la atención era sólo una parte del panorama de acceso para los participantes. Muchos participantes describieron la calidad de la atención que pudieron recibir como un componente del acceso. Por ejemplo, alguien puede tener un seguro, estar cubierto para los servicios que necesita y conseguir una cita con un proveedor. Sin embargo, si acude a la cita y el personal de recepción le trata mal o no le da la posibilidad de elegir los servicios específicos que puede recibir, esto puede afectar la percepción de las personas sobre su capacidad de acceso; puede que físicamente puedan recibir la atención, pero si esa atención no es respetuosa y transparente, no cumple los requisitos.

***Tema clave: Las experiencias de las personas con la atención tienen un componente racial y los resultados de la salud oral no son equitativos.***

La comprensión de que las barreras a la atención son sistémicas condujo naturalmente a conversaciones sobre las desigualdades en el acceso a la atención médica y los resultados obtenidos en materia de salud oral. Los participantes mencionaron constantemente que las comunidades negras y latinas, comunidades con bajos ingresos, comunidades de inmigrantes, personas que hablan un idioma distinto al inglés y personas con discapacidades se enfrentan a barreras específicas y a un trato deficiente a la hora de acceder a la atención médica dental. Un participante de Nebraska describió este trato desigual y sus raíces estructurales: *"No es casualidad que las comunidades pobres y muy minoritarias a menudo no puedan encontrar una atención dental compasiva"*.

Muchos participantes mencionaron que sentían que sus experiencias con la atención dental se basaban en su condición de beneficiarios de Medicaid. Los participantes afirmaron que se sentían peor tratados tanto por los proveedores como por el personal del consultorio una vez que revelaban que estaban cubiertos por Medicaid y que el asesoramiento clínico que recibían se basaba en el hecho de que tenían Medicaid, y no necesariamente en lo que era mejor para su salud oral. Como explicó una participante de Ohio: *"Viéndome como me veo, como una mujer blanca que no parece que vaya a presentar una tarjeta de Medicaid para recibir atención médica, fue como una aguja"*

*rayando un disco. Podía ver la diferencia entre la forma en que me trataban a mí y la forma en que [eran tratados] otros pacientes de color". Esta misma participante también compartió que anteriormente había tenido un seguro privado y que notó una clara diferencia en cómo la trataban cuando tenía un seguro privado frente a Medicaid. Del mismo modo, una participante de Nebraska dijo: "No siempre siento que a un paciente, especialmente a un paciente que tiene Medicaid, se le muestre mucho respeto... parecía que se sentían con derecho a ser groseros porque éramos pacientes de Medicaid".*

***Tema clave: El miedo, el trauma y la confianza están estrechamente relacionados en las experiencias de las personas con la atención dental.***

En las sesiones celebradas en los tres estados, los participantes hablaron habitualmente del miedo y los traumas dentales, así como de la fiabilidad (o falta de ella) de los proveedores dentales y del sistema de salud oral en su conjunto. Los participantes mencionaron específicamente el dolor, el carácter invasivo de la atención y las barreras de acceso como fuentes constantes de miedo y trauma dental. Los participantes también describieron las formas matizadas en que estos componentes se entrecruzan entre sí para conformar amplias experiencias relacionadas con la atención dental. En muchas de las conversaciones descritas anteriormente sobre la discriminación o el mal trato en entornos dentales, los participantes hablaron de cómo el mal trato, en sí mismo, puede ser traumático.

Los participantes describieron repetidamente que sus experiencias con la atención dental estaban marcadas por el dolor. Un participante de Nebraska lo expresó de forma concisa:



**Quando pienso en salud oral, pienso en dolor.  
Pienso en dolor y sangre.**

**Participante de Nebraska**

Los participantes relataron tanto el trauma asociado al dolor crónico que conllevan los problemas de salud oral no tratados, sin un buen acceso a una atención dental habitual, como el dolor agudo de someterse a procedimientos dentales invasivos. En relación con esto, muchos participantes también describieron la atención invasiva, especialmente la atención marcada por taladros, agujas y cirugías, como la causa de gran parte del miedo dental. Los participantes también calificaron de traumático el proceso, a menudo arduo y largo, de acceder a una atención dental de calidad, y hablaron del ciclo de problemas de acceso y dolor crónico: la falta de acceso a una atención dental de calidad puede

provocar dolor dental crónico y trauma; el dolor y el trauma pueden provocar una falta de confianza en el sistema dental que limite la capacidad de las personas para acceder a la atención. Además, la falta de acceso a la atención, o los largos tiempos de espera para necesidades agudas, pueden hacer que los problemas de salud oral empeoren y requieran una atención más invasiva una vez que la persona puede acceder a un proveedor, lo que puede agravar el ciclo de falta de acceso, dolor y falta de confianza.

Los participantes mencionaron la importancia de las primeras experiencias con la atención dental y el impacto a largo plazo que pueden tener sobre sus percepciones y experiencias con el sistema de salud oral. En concreto, los participantes describieron cómo incluso una mala experiencia puede crear un trauma, provocar un miedo continuo y dificultar la confianza en los proveedores en el futuro. Un aspecto crítico de las conversaciones sobre las experiencias con la atención dental fue el énfasis que los participantes pusieron en las experiencias generacionales y el trauma. Varios participantes expresaron el deseo de que sus hijos tuvieran mejores experiencias dentales que las suyas, como afirmó una participante de Nebraska: *"Como madre, siempre pondré a mis hijos en primer lugar en lo que respecta a la atención dental. Yo lidiaré con los dolores de muelas y el dolor físico"*. Muchos participantes también describieron haber visto a sus padres y/o abuelos tener experiencias invasivas o traumáticas con la atención médica, lo que les infundió miedo desde una edad muy temprana. Los participantes también hablaron sobre generaciones de dolor y traumas relacionados con la imposibilidad de acceder a la atención o con el acceso a una atención irrespetuosa o discriminatoria. Como dijo un padre de Nebraska: *"Su salud oral [la de su hijo] va cuesta abajo debido a la falta de cobertura y acceso, y por las cosas que le hicieron en el pasado". Durante un tiempo, ni siquiera se cepillaba los dientes porque le aterrorizaba el dolor. Y mis hijos pequeños veían cómo reaccionaba, así que no querían cepillarse los dientes. Tuvimos que obligarles a cepillarse los dientes, y eso tampoco es bueno. Es un ciclo interminable"*.

Por el contrario, los participantes describieron cómo las primeras experiencias de atención respetuosa pueden sentar las bases para unas buenas relaciones a largo plazo con el sistema dental y con la propia salud oral. Los participantes mencionaron factores específicos que facilitan las buenas experiencias con la atención dental, entre ellos: tener acceso a defensores del paciente o coordinadores de atención que puedan ayudar a explicar los servicios, hacer un seguimiento de las citas y proporcionar servicios de interpretación de idiomas; tener un proveedor en el que confíen y con el que se sientan cómodos; y poder ver al mismo proveedor constantemente, lo que puede ayudar a construir una buena relación de trabajo. Como dijo un participante de Colorado: *"Quiero a alguien que se preocupe, que sea competente, que tenga corazón, compasión y que esté dispuesto a ser humilde"*.

## **Invasividad de la atención dental**

Tanto en el contexto del dolor y el trauma como fuera de él, los participantes expresaron que sus experiencias con la atención dental habían sido invasivas. Normalmente, las conversaciones sobre la invasividad, y en particular sobre la atención mínimamente invasiva ("MIC", por sus siglas en inglés), se centran en experiencias clínicas y procedimientos dentales específicos que son menos invasivos físicamente. El aumento de la disponibilidad de [los servicios de atención mínimamente invasiva puede tener un impacto importante en la experiencia del paciente](#); sin embargo, estas sesiones de escucha revelaron que, para comprender plenamente cómo la gente conceptualiza la "invasividad" de la atención dental, también tenemos que enfocarnos en la accesibilidad, asequibilidad y experiencia del paciente.

***Tema clave: La invasividad de la atención dental se debe a su inaccesibilidad y a que no es asequible.***

En todas las sesiones de escucha, la inaccesibilidad y la falta de asequibilidad de la atención dental, así como el modo en que estas barreras provocan enfermedades dentales más graves y tratamientos más invasivos, ocuparon un lugar central en las conversaciones. Muchos participantes señalaron que los gastos de bolsillo son demasiado elevados y que no hay transparencia en el costo de los servicios dentales. Las conversaciones sobre el costo y la asequibilidad fueron un reflejo de las investigaciones que demuestran que [la atención dental representa la mayor carga financiera de todos los servicios médicos](#) y que [contribuye en gran medida a la deuda médica](#). Los participantes hablaron con frecuencia de cómo la falta de asequibilidad de los cuidados dentales contribuía a que fueran inaccesibles. Muchos participantes hablaron de verse obligados a elegir entre pagar la atención y pagar otras prioridades como alimentación, vivienda o facturas de servicios públicos y mencionaron cómo estas opciones son insostenibles. Dado que los participantes valoraban su salud oral, pero a menudo no podían permitirse o acceder a la atención que necesitaban, estas opciones les resultaban invasivas. En estas circunstancias, es comprensible que la mayoría de las personas dieran prioridad a necesidades más urgentes. Sin embargo, los participantes subrayaron que estas elecciones eran el resultado de la falta de recursos, no de una falta de comprensión o de interés por la salud oral.

Los participantes también fueron muy claros en cómo veían que el elevado costo de la atención contribuía a la invasividad (a menudo innecesaria). Como afirmó un participante de Colorado: *"Las personas que nunca han podido permitirse ir al dentista, dejan pasar las cosas hasta que tienen un dolor de muelas horrible y acaban necesitando una endodoncia... Ojalá hubiera lugares en nuestra comunidad que fueran visibles y accesibles"*. Aunque la mayoría de los participantes no estaban familiarizados con el marco de la atención mínimamente invasiva (MIC, por sus siglas en inglés) ni con procedimientos MIC específicos, era habitual que surgiera el concepto de invasividad

cuando los participantes hablaban de las consecuencias de una atención dental inaccesible: muchos hablaron de situaciones similares descritas por el participante de Colorado en las que no podían pagar o acceder a la atención dental y, como resultado, acabaron necesitando una atención más invasiva.

***Tema clave: La "invasividad" se experimenta dentro y fuera de los entornos clínicos e involucra el acceso, la asequibilidad y la elección del paciente***

Uno de los temas más constantes que se escuchó en todas las sesiones de escucha fue que la invasividad del sistema de atención dental ha producido toda una vida de miedo, trauma, dolor y desconfianza. Esto incluía las experiencias de las personas al intentar acceder y pagar la atención, así como sus vivencias al recibir la atención como tal. Los participantes describieron su trauma como resultado del dolor crónico por haber evitado recibir atención y por causa de la atención recibida; también describieron cómo estas dos fuentes de trauma se refuerzan mutuamente y se sienten "inhumanas". Los participantes de varias sesiones también dijeron sentir que a veces se extraen dientes innecesariamente y no saber si es porque es la única opción o porque al dentista le resulta más rentable realizar servicios más invasivos.

Aunque la mayoría de los participantes no estaban familiarizados con el marco específico de los servicios MIC, cuando éstos se describieron, los participantes tenían dos opiniones: por un lado, muchos dijeron que estarían interesados en recibir servicios menos invasivos, especialmente si ello significaba menos dolor y menos experiencias traumáticas. Por ejemplo, un participante de Nebraska declaró: *"A mi bebé le acaban de rellenar una caries y si hay una forma menos invasiva de hacerlo que sea menos dolorosa, debería estar disponible para todo el mundo, independientemente del seguro que tenga"*.



**No tiene sentido decir que el dolor viene con la pobreza.**

**Participante de Nebraska**

Por otro lado, muchos participantes contaron la historia, sobre todo entre las comunidades negras, de que se "experimentaba" con nuevos procedimientos que no estaban bien probados ni se había demostrado que fueran seguros. En varios casos, los participantes tenían ambas perspectivas al mismo tiempo.

En general, estas conversaciones revelaron la necesidad de garantizar simultáneamente una amplia gama de servicios dentales a disposición de todas las personas de sus

comunidades, independientemente de su situación en cuanto al seguro, que también considere las razones por las que algunas personas podrían no desear una atención mínimamente invasiva o MIC, debido a experiencias tanto históricas como contemporáneas con traumas a manos del sistema de atención médica. De manera global, estas conversaciones revelaron que las personas pueden experimentar racismo, clasismo o recibir un trato irrespetuoso independientemente de la invasividad de los servicios específicos.

Aunque la inaccesibilidad y la falta de asequibilidad de la atención pueden agravar los problemas de salud oral y aumentar la invasividad del tratamiento necesario, las conversaciones dejaron claro que hay muchos más factores, aparte del servicio clínico concreto que se presta, que determinan el grado de invasividad que alguien experimenta. Como se ha descrito anteriormente, ver a familiares o miembros de la comunidad sufrir dolor por una atención invasiva o la imposibilidad de acceder a la atención, no contribuyó para nada a que los participantes sintieran que la atención dental era invasiva. Además, los participantes describieron haber experimentado discriminación o un trato deficiente en entornos odontológicos y reconocieron el modo en que el racismo estructural influye en el acceso y la asequibilidad de la atención para ellos mismos y sus comunidades. Aunque estas experiencias tienen poco que ver con los marcos tradicionales y clínicos de la MIC, contribuyeron a las experiencias de invasividad que describieron los participantes.

En concreto, los participantes expusieron la poca frecuencia con la que se les ofrecían opciones reales, en cuanto al tipo y la invasividad de los procedimientos dentales que recibían, pero también en cuanto al lugar al que podían acudir para acceder a la atención y su capacidad para elegir un proveedor. Esto último era especialmente cierto en el caso de las personas con Medicaid, que a menudo tenían que recorrer largas distancias para encontrar un solo proveedor que aceptara su seguro y pudiera darles cita. Algunos participantes describieron casos en los que se sentían en condiciones de tomar decisiones informadas sobre su atención cuando contaban con un proveedor en el que confiaban. Un participante de Colorado expresó: *"No es tan difícil si confías en tu proveedor de atención médica para hablar de lo que te preocupa"*. Otro participante de Colorado explicó un caso en el que eligió una opción de tratamiento diferente a la que su proveedor le sugirió inicialmente: *"Fue mi elección. No significó que dejara de confiar en mi médico, de hecho confié en ella y pensé: 'Bueno, ella no puede saberlo todo sobre todo lo que hay ahí afuera... cada individuo es diferente'"*.

La falta de elección que viven los pacientes puede establecer una base de incomodidad, desconfianza y falta de respeto con la experiencia, a la que los participantes describieron como una sensación de invasión, independientemente de los tipos de servicios que se les ofrecieran. Para muchas personas, la "elección" se convierte en experiencias dolorosas, costosas e invasivas o en evitar la atención por completo.

## Las comunidades realmente quieren participar en el diseño y la implementación de soluciones

A pesar de las narrativas incorrectas sobre la "responsabilidad personal", las barreras al acceso, la falta de asequibilidad, y las experiencias de discriminación y trauma, las personas de las comunidades saben lo que quieren de su atención médica oral y tienen mucho interés en participar en el diseño de nuevas soluciones. Como se ha descrito anteriormente, los participantes hablaron sobre los componentes de las experiencias positivas con la atención o el tratamiento, y muchos expresaron su interés por tener una relación respetuosa con un proveedor constante. Al responder a las preguntas sobre cómo podría mejorarse el sistema de atención dental, los participantes expresaron consistentemente su deseo de participar y colaborar, tanto en su atención como en las soluciones normativas para mejorar el sistema de salud oral. Como expresó un participante de Nebraska:

*"A veces siento que las decisiones que toman [los proveedores], que pueden ser "Oh, voy a extraer ese diente", las toman en lugar de la persona. Hay muchos odontólogos estupendos... pero abren estas clínicas y no sabemos si debemos confiar en ellos, si sólo están experimentando con nosotros y prejuizándonos y sólo van a arrancarnos los dientes o si van a ayudarnos y guiarnos a través de esto. ¿Va a ser una experiencia íntima? Porque estas son nuestras herramientas diarias para vivir y comer, así que debería ser mucho más íntimo. No tenemos una interacción íntima con nuestros dentistas, los vemos de vez en cuando y necesitamos una atención más íntima."*

Muchos participantes también expresaron su apoyo y atención cuando otros hablaron de sus experiencias y su deseo de participar en un cambio positivo de los sistemas. En una conversación con participantes de Nebraska, un asistente habló positivamente de sus experiencias personales con la atención, lo que fue recibido con conmoción y sorpresa dadas las muchas historias que se estaban contando, y también tenía el deseo de mejorar el sistema de salud oral para todos: *"Nunca he tenido ninguna de estas experiencias negativas, ni siquiera siendo pobre. Estoy conmocionado, quiero hacer algo para crear un cambio, me siento enfadado"*.

De hecho, en todas las sesiones de escucha, los participantes demostraron una fuerte tendencia a la acción y trasladaron la conversación de forma natural a ideas y estrategias para el cambio. Por ejemplo, un participante de Colorado expresó: *"¿Podemos empezar a implementar algunas políticas basadas en toda esta sabiduría, conocimiento, cultura o gente latina? Porque lo tenemos todo, desde el campo hasta la torre, pero está todo fragmentado y separado"*.

En varios casos, los participantes informaron que, tras la primera sesión, investigaron de forma independiente y mantuvieron conversaciones con otras personas para comprender mejor el problema y las oportunidades de cambio. Por ejemplo, un participante contactó

posteriormente a la organización asociada para comunicarle que había investigado más sobre las disparidades raciales y que lo que había oído decir a las personas durante la primera conversación le había impulsado a actuar. En otra situación, una persona que trabaja en una clínica dental compartió los temas con su empleador para buscar cambios en la práctica en tiempo real.

Cuando se pidió directamente a las comunidades que compartieran sus ideas sobre las oportunidades de cambio, respondieron con una serie de soluciones relacionadas con la cobertura de los seguros, la práctica odontológica y el alcance comunitario. A continuación se ofrece una lista (no exhaustiva) de algunas de las prioridades que surgieron de estas conversaciones:

- Aumentar el número de dentistas que aceptan Medicaid
- Ampliar el grupo de proveedores en general, pero específicamente, aquellos que atienden a comunidades con bajos ingresos, con trastornos por consumo de sustancias o en recuperación, con discapacidades intelectuales y de desarrollo, y a las personas que hablan un idioma distinto del inglés
- Proporcionar transporte, gestión de casos y otros recursos de coordinación a los pacientes para compensar las barreras financieras y logísticas que les impiden acceder a la atención médica
- Crear programas de fomento y desarrollo para contar con una fuerza laboral odontológica que sea representativa de las comunidades a las que atiende
- Implementar modelos de atención que lleven a los proveedores a la comunidad, lo que les ayudará a estar más informados sobre el contexto en el que viven sus pacientes
- Crear oportunidades educativas sobre salud oral que se centren menos en convencer a las personas de que la salud oral es importante: eso ya lo saben. Centrarse en dar a las personas la información que necesitan para acceder a los recursos disponibles, al tiempo que se ponen a su disposición más recursos y atención médica
- Crear espacios centralizados y de confianza para que los miembros de la comunidad compartan información y recursos entre sí, especialmente sobre dónde encontrar un proveedor en el que puedan confiar.

En general, los participantes estaban muy motivados en involucrarse en el cambio a todos los niveles. Como señaló un participante de Colorado: *"No creo que esto sea una mera coincidencia. Si realmente se quiere ayudar a las personas, las políticas deben reflejarlo. Si no se quiere, esto también se reflejará. En un nivel más alto, se trata de un asunto a escala de las políticas. Es una causa de las bases populares, pero no va a tener un impacto a mayor escala a menos que... la llevemos al campo de las políticas. Y eso ocurre escuchando estas historias"*.

## Recomendaciones de políticas

A gran escala, estas conversaciones pusieron de relieve la necesidad fundamental de centrar las perspectivas comunitarias en el diseño y la implementación de soluciones equitativas. Las comunidades ya están comprometidas en iniciativas para compartir sus experiencias entre ellas y desarrollar soluciones que atiendan sus necesidades y deseos de una atención médica oral accesible, asequible y de alta calidad; este compromiso y experiencia deben centrarse en soluciones normativas y prácticas. Los defensores deben aprovechar el interés de la comunidad en la resolución de problemas y trabajar para desarrollar el poder de las comunidades marginadas en lugar de limitarse a buscar la participación de las comunidades en el trabajo y las estrategias que ya han diseñado.

A partir de las conversaciones con los participantes de los tres estados, surgieron varias oportunidades relacionadas con las políticas que podrían tratar las ideas propuestas por los participantes así como los obstáculos encontrados.

### **Hacer que los servicios dentales para adultos de Medicaid sean obligatorios**

En la actualidad, los programas estatales de Medicaid no están obligados a cubrir ninguna atención dental para adultos. La mayoría de los estados proporcionan alguna cobertura, pero la naturaleza opcional de estos beneficios significa que son inconsistentes y están continuamente en riesgo de ser recortados. El carácter opcional de los servicios dentales para adultos de Medicaid agrava los obstáculos económicos a la asistencia, ya que [los estados tienen un amplio margen de discrecionalidad a la hora de decidir qué servicios cubren y cuáles no](#), y muchos dejan fuera servicios de restauración fundamentales. Muchos estados también tienen "topes" financieros que limitan la cantidad en dólares de los servicios que se cubrirán, dejando a los pacientes con la elección imposible de endeudarse o renunciar a la atención necesaria.

Aunque muchos estados han hecho progresos en sus servicios dentales para adultos de Medicaid, exigir a todos los estados que cubran [un conjunto estandarizado y completo de servicios dentales](#) para adultos reduciría la confusión y la variabilidad estatal, mejoraría el acceso a la atención para las comunidades con bajos ingresos y reduciría la carga financiera asociada al acceso a la atención médica oral esencial. Garantizar que los servicios más necesarios estén cubiertos de forma consistente también podría incentivar a más proveedores dentales a aceptar Medicaid; el riesgo financiero para los proveedores disminuiría sin la incertidumbre asociada a los posibles recortes de beneficios. Dado el grado en que los participantes expresaron barreras relacionadas con los servicios cubiertos y los costos en Medicaid, garantizar una cobertura integral y estandarizada debería ser una prioridad, especialmente para las comunidades con bajos ingresos.

### **Mejorar el alcance de la práctica odontológica y ampliar su fuerza laboral**

A lo largo de las sesiones de escucha, los participantes hablaron repetidamente de lo difícil que era y del tiempo que llevaba encontrar un proveedor dental, especialmente uno que aceptara Medicaid, hablara un idioma distinto al inglés y/o fuera accesible para las personas con discapacidades. Esto se ve reforzado por los datos que muestran que [casi 80 millones de personas en Estados Unidos viven en zonas sin suficientes proveedores dentales](#). Existen varias oportunidades para mejorar la fuerza laboral de la salud oral y afrontar estas barreras, entre las que se incluyen:

- *Ampliar el rango de acción de los higienistas dentales:* Los higienistas dentales prestan importantes servicios preventivos y pueden proporcionar muchos cuidados rutinarios que ayudan a mantener la salud oral. Las leyes estatales varían en cuanto a si los higienistas pueden ejercer de forma independiente, trabajar en entornos comunitarios o prestar servicios de atención mínimamente invasiva (MIC) específicos. Ampliar el rango de acción de los higienistas dentales para [incluir los servicios MIC que están capacitados para prestar](#) y para trabajar en entornos comunitarios, ya sea de forma independiente o como parte de un equipo, puede aumentar la disponibilidad de proveedores y hacer que la atención dental sea más accesible.
- *Autorizar la terapia dental:* [Los terapeutas dentales](#) son proveedores dentales autorizados que trabajan bajo la supervisión de un dentista para proporcionar cuidados preventivos y de restauración rutinarios. Trece estados han autorizado el ejercicio de la terapia dental, la cual ha demostrado [mejorar el acceso a la atención](#), especialmente en entornos comunitarios, creando una fuerza laboral más representativa desde el punto de vista cultural. La aprobación de leyes para autorizar la terapia dental en más estados puede hacer frente a los obstáculos mencionados por los participantes sobre la dificultad para encontrar un proveedor y la falta de proveedores que sean racial o culturalmente representativos de las comunidades a las que atienden. Dado que suelen trabajar en sus propias comunidades, [los terapeutas dentales pueden establecer un alto nivel de confianza](#) con sus pacientes, que fue otro de los temas clave que los participantes trataron en las sesiones.
- *Capacitar y remunerar a los promotores de salud:* Los promotores de salud comunitarios (CHW, por sus siglas en inglés) llevan educación y recursos de salud culturalmente adaptados a las comunidades y fomentan la confianza con los pacientes. Proporcionar capacitación y certificación en salud oral a los CHW y garantizar que puedan ser remunerados por sus servicios puede ayudar a superar las barreras señaladas por los participantes sobre la falta de proveedores, información y recursos disponibles a nivel local.

Independientemente de las políticas específicas, las soluciones en materia de personal de salud oral deben dirigirse a aumentar el número de proveedores dentales que acepten Medicaid, que sean racial y culturalmente representativos de las comunidades a las que atienden, que tengan su base en entornos comunitarios y que estén preparados para

desarrollar relaciones a largo plazo, de confianza y respeto con los miembros de la comunidad. Todos estos fueron los principales motivos de preocupación de los participantes en las sesiones de escucha, quienes, como [la mayoría de las personas, comprendían la importancia de la atención dental](#) y valoraban su salud oral, pero identificaron barreras estructurales y la necesidad de soluciones sistémicas para que el sistema de salud oral fuera más accesible y equitativo.

### **Ampliar el acceso a una atención mínimamente invasiva y la capacidad de elección del paciente**

Una de las consecuencias de los problemas de acceso a la atención dental, incluidas las barreras de cobertura y la incapacidad para encontrar un proveedor, es el empeoramiento de los problemas de salud oral y la consiguiente necesidad de una atención más invasiva. Los participantes mencionaron constantemente lo invasivo de su atención dental, ya fuera porque no se les ofreció la posibilidad de elegir servicios menos invasivos o porque la falta de acceso y/o los traumas hicieron que no acudieran a un proveedor hasta que los problemas de salud oral habían progresado hasta el punto de que las opciones invasivas o quirúrgicas eran las únicas disponibles. Varios participantes mencionaron específicamente la relación entre invasividad y racismo, afirmando que a menudo no estaban seguros de si las recomendaciones de tratamientos invasivos se debían a una necesidad clínica o a su raza y/o a su situación de cobertura de Medicaid. Las investigaciones demuestran que los [pacientes negros, en particular, son más propensos a recibir recomendaciones de tratamientos invasivos](#) en lugar de servicios que podrían permitirles conservar sus dientes y prevenir la caries en el futuro. Los participantes expresaron tanto su interés como sus dudas acerca de las nuevas opciones de tratamiento, como los servicios de MIC, sobre todo en el contexto de [cómo se manifiesta el racismo en la odontología](#). Estas conversaciones dejaron clara la necesidad de mejorar el acceso a los servicios odontológicos en general, incluidos los servicios MIC, y de mantener la elección del paciente en el centro de las opciones de tratamiento.

Las oportunidades de políticas para hacer frente a la invasividad clínica incluyen

- Autorizar a una serie de proveedores dentales y médicos capacitados a administrar los servicios de atención mínimamente invasiva o MIC. Esto incluye garantizar que dentistas, higienistas dentales, terapeutas dentales, proveedores de atención primaria (incluidas enfermeras especializadas y asistentes médicos) y los promotores de salud comunitarios tengan todos los servicios pertinentes de MIC incluidos en su campo de acción y que los sistemas de seguros públicos y privados compensen dichos servicios.
- Garantizar que los seguros, incluidos Medicaid, Medicare y los de cobertura privada, cubran toda la gama de servicios necesarios, [incluida la aplicación de fluoruro de diamina de plata y otras formas de MIC](#). En definitiva, toda la gama de cuidados, desde los mínimamente invasivos hasta los procedimientos de restauración invasivos, debe estar a disposición de las personas cuando la

necesiten, y las decisiones sobre qué tipo de atención es la adecuada deben tomarse en colaboración entre el paciente y el proveedor. Algunas veces, los servicios más invasivos serán preferibles, ya sea porque es la única opción (por ejemplo, un diente roto que necesita ser extraído o restaurado) o porque es lo que una persona prefiere (es decir, los enfoques menos invasivos no fueron eficaces en el pasado y/o ahorrará tiempo y será más conveniente someterse a un único procedimiento más invasivo). La elección del paciente debe estar al frente en las conversaciones sobre las políticas relacionadas con la atención mínimamente invasiva (MIC) para garantizar que la atención sea confiable y consciente de los traumas.

Los participantes también describieron el hecho de sufrir discriminación o de ser tratados de algún otro modo irrespetuoso, y el trauma generacional asociado a la atención dental como algo que marca sus experiencias con el sistema de salud oral como "invasivas". Esto coincide con las investigaciones que demuestran que [aproximadamente la mitad de los adultos negros, hispanos y asiáticos han experimentado discriminación en entornos odontológicos](#). A lo largo de las sesiones de escucha quedó claro que, aunque alguien tenga acceso a los servicios de MIC y los elija, puede seguir experimentando racismo, discriminación o traumas que hagan que esta atención se sienta invasiva. En última instancia, son necesarias, pero no suficientes, unas buenas políticas que garanticen que la amplia gama de servicios odontológicos necesarios, MIC y de otro tipo, estén a disposición de las personas independientemente de su situación en cuanto al seguro y en entornos basados en la comunidad. Capacitación, educación y mejoras basadas en la práctica también son necesarias para garantizar una atención con conciencia de los traumas, respetuosa y culturalmente apropiada.

### **Atender los determinantes sociales de la salud oral**

En todas las sesiones de escucha, los participantes hablaron de diversos determinantes sociales que afectaban su capacidad para acceder y poder pagar su atención dental. En particular, surgieron barreras relacionadas con el tiempo que debían ausentarse del trabajo, las necesidades de cuidado de los niños y el transporte, especialmente en el caso de las personas con Medicaid, que tenían muchas dificultades para encontrar proveedores locales que aceptaran su seguro. Muchas de las prioridades en materia de políticas enumeradas anteriormente son necesarias para garantizar una cobertura universal e integral de los servicios de salud oral, lo que puede ayudar a cubrir los costos directos del acceso a la atención dental. Sin embargo, estas conversaciones dejaron claro que hay una serie de consideraciones que contribuyen al costo integral de una visita al dentista, incluso fuera del costo de los servicios o los copagos. Estas cuestiones también deben tratarse mediante soluciones normativas para garantizar que la atención médica oral sea asequible en la práctica, no sólo que esté cubierta.

Las soluciones relacionadas con las políticas incluyen:

- *Cubrir el transporte médico no urgente (NEMT):* El transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) es un servicio cubierto por Medicaid en todos los estados. Al igual que la atención dental para adultos, el NEMT es un servicio opcional de Medicaid, pero es fundamental para ayudar a las personas con bajos ingresos y a las personas con discapacidad a acceder a las citas dentales (y médicas).
- *Coordinación de la atención y orientación de los pacientes:* Los participantes hablaron sobre la importancia del apoyo no clínico para conseguir y mantener las citas así como para comprender la información más importante sobre su cobertura y atención. Muchos participantes mencionaron los desafíos asociados a las necesidades y prioridades en conflicto y a la confusión derivada de los distintos proveedores que ofrecen información diferente. Aunque en muchos programas estatales de Medicaid existen acuerdos de atención médica administrada, a menudo no se aprovechan al máximo para garantizar la plena coordinación de la atención y la participación del paciente. El servicio de orientación al paciente puede ayudar aún más a superar las barreras de acceso, pero ni Medicaid ni los seguros privados lo cubren de forma rutinaria.
- *Exenciones de Medicaid para necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN):* Los estados pueden utilizar las exenciones 1115 de Medicaid para implementar proyectos innovadores que mejoren la cobertura de las personas con bajos ingresos. Este mecanismo puede utilizarse para permitir que [Medicaid cubra la alimentación, vivienda u otros servicios relacionados](#) con la salud que normalmente no estarían cubiertos por el seguro médico.

## Conclusión

Las sesiones de escucha comunitarias aquí descritas reflejaron varios temas clave acerca de las perspectivas de la comunidad sobre el acceso a la atención dental y sus experiencias con ella. En los tres estados, las personas tenían claro que comprendían la importancia de la salud oral, su conexión con otros aspectos de su salud y sus vidas, y las barreras estructurales y basadas en los sistemas que a menudo han dejado la atención dental fuera de su alcance. Las personas describieron claramente las principales barreras de acceso: la falta de cobertura de los servicios necesarios; la falta de disponibilidad y accesibilidad de los proveedores; el racismo, el clasismo y otras formas de discriminación; y el miedo, el trauma y la falta de confianza resultantes del sistema de atención dental. También se mostraron dispuestos a recomendar soluciones claras para el cambio de políticas y sistemas que pueden tratarse mediante requisitos de cobertura, ampliación del personal dental, atención mínimamente invasiva y oportunidades para atender los determinantes sociales de la salud.

En general, se describió con frecuencia la falta de fiabilidad del sistema de salud oral como algo que vive de forma palpable en las historias familiares de las personas: el dolor

y el trauma que los participantes describieron con el sistema de salud oral no empezaron ni terminaron con ellos. Está claro que la elección del paciente y las soluciones adaptadas a la comunidad deben estar a la vanguardia de todas las decisiones en materia de políticas de salud oral para garantizar que la atención sea consciente de los traumas y sea digna de confianza.