



Acta Odontológica Colombiana  
ISSN: 2027-7822  
actaodontologiacol@gmail.com  
Universidad Nacional de Colombia  
Colombia

Grandas-Ramírez, Ángela Liliana; Barbosa Orjuela, Rocío Andrea; Bobadilla Turriago, Lyna Rocío; Macera Guzmán, Claudia Liliana; Parra Forero, Israel Andrés

La atención en salud bucal para personas con discapacidad.  
Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19

Acta Odontológica Colombiana, vol. 10, 2020, Julio-, pp. 99-112  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n3.89593>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582365072008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

# ARTÍCULOS ORIGINALES | Research Articles

## La atención en salud bucal para personas con discapacidad. Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19

Ángela Liliana Grandas-Ramírez 1  
Rocío Andrea Barbosa-Orjuela 2  
Lyna Rocío Bobadilla-Turriago 3  
Claudia Liliana Macera-Guzmán 4  
Israel Andrés Parra-Forero 5

Oral health care for people with disabilities. A challenging issue in times of the COVID-19 pandemic

### RESUMEN

La pandemia por la COVID-19 ocasionó que los Estados promulgaran normas específicas para mitigar el riesgo de contagio y preservar la salud de la población; se establecieron e implementaron estrategias para disminuir la vulnerabilidad y cuidar los factores económicos y sociales. En este proceso, las personas con discapacidad (PcD) agudizaron su vulnerabilidad, pues desde que se decretaron las medidas para mitigar la condición de crisis social, se han identificado varios grupos con dificultades socioeconómicas. En general, muchas de las PcD se encuentran en estos grupos, pues su condición por sí misma los sitúa en circunstancias vulnerables, como efecto de las brechas de comunicación, acceso y oportunidad para los servicios de salud bucal. Así, el objetivo de este ensayo es analizar críticamente la situación de esta población en tiempos de pandemia. Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional alrededor de los conceptos discapacidad y COVID-19. Se concluye que la crisis agudizó la vulnerabilidad de las PcD generada por las escasas estrategias que se han implementado para cubrir esta población de acuerdo a sus necesidades, por lo que se incrementaron las barreras físicas y comunicativas y, con ello, limitado el goce efectivo del derecho a la atención de salud en los servicios odontológicos.

**Palabras clave:** defensa de las personas con discapacidad; personal de odontología; odontología; atención dental para personas con discapacidades; infecciones por Coronavirus; pandemias.

### ABSTRACT

The COVID-19 pandemic promulgated States to enact specific regulations to mitigate the risk of contagion and preserve the health of the population; strategies were established and implemented to reduce vulnerability and take care of economic and social factors. In this process, people with disabilities (PWD) increased their vulnerability, since the measures to mitigate the condition of social crisis were decreed; several groups with socioeconomic difficulties have been identified. In general, many of the PWD are found in these groups, since their condition by itself places them in vulnerable circumstances, as a result of gaps in communication, access and opportunity for oral health services. Thus, the objective of this essay is to critically analyze the situation of this population in times of pandemic. A review of the national and international literature around the concepts of disability and COVID-19 was carried out. It is concluded that the crisis exacerbated the vulnerability of PWD generated by the few strategies that have been implemented to cover this population according to their needs, thus increasing physical and communication barriers and, with it, limited the effective enjoyment of the right to health care in dental services.

**Key words:** Disabled persons; dental staff; dentistry; dental care for disabled; Coronavirus infections; pandemics.

1. Odontóloga. Especialista en Estomatología Pediátrica. Magíster en Discapacidad e Inclusión Social. Profesora Titular, Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Miembro fundador de la Academia Interamericana de Odontología para Pacientes Especiales (AIOPE) y de la Asociación Colombiana de Odontología para personas con Diversidad Funcional (ACOPDF), Colombia.

Contacto: algrandasr@unal.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0002-5661-2853>

2. Odontóloga. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Magíster en Educación Especial y Derechos Humanos. Profesora Área Comunitaria y Área Bioclínica, Facultad de Odontología. Universidad El Bosque. Miembro fundador de la Asociación Colombiana de Odontología para personas con Diversidad Funcional (ACOPDF), Colombia.

Contacto: rbarbosao@unbosque.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0003-1645-7964>

3. Odontóloga. Especialista en Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar. Miembro de la Academia Interamericana de Odontología para Pacientes Especiales (AIOPE) y Miembro fundador de la Asociación Colombiana de Odontología para personas con Diversidad Funcional (ACOPDF), Colombia.

Contacto: lrbobadillat@unal.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0003-3025-5568>

4. Odontóloga. Especialista en Gerencia de la calidad en salud. Magíster en Bioética. Profesora Área Comunitaria, Facultad de Odontología. Universidad El Bosque. Profesora Programa Administración de servicios de salud. Unipanamericana. Miembro Fundador Asociación Colombiana de Odontología para Personas Con Diversidad Funcional (ACOPDF), Colombia.

Contacto: cmanceraag@unbosque.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0003-3062-8221>

5. Psicólogo. Especialista en Psicología. Magíster en Psicología Consumidor. Director clínico, Fundación Avante. Miembro Fundador de la Asociación Colombiana de Odontología para personas con Diversidad Funcional (ACOPDF), Colombia.

Contacto: andres.parra@fundacionavante.com

ID <https://orcid.org/0000-0002-7355-1781>

### CITACIÓN SUGERIDA:

Grandas-Ramírez AL, Barbosa-Orjuela RA, Bobadilla-Turriago LR, Macera-Guzmán CL, Parra-Forero IA. La atención en salud bucal para personas con discapacidad. Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19. *Acta Odontol Col.* 2020; 10(Supl. COVID-19): 99 - 112. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontolcol/article/view/89593>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n3.89593>

Recibido	Aprobado
03/07/2020	02/10/2020
Publicado	
30/10/2020	

## Introducción

La pandemia por la COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 produjo un cambio importante en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la situación como pandemia y con este postulado, cada Estado promulgó normas específicas para mitigar el riesgo de contagio y cuidar los aspectos económicos y sociales. Las personas con discapacidad (PcD), de acuerdo con sus condiciones diferenciales, han recibido estas normas e indicaciones con mayor vulnerabilidad. Así, la prioridad de salud pública nacional e internacional en la coyuntura de la pandemia es seguir protegiendo “la salud y el bienestar de las PcD”. Esta prioridad debe basarse en los derechos humanos de las PcD, con el fin de garantizarles un trato digno, con respeto y políticas públicas inclusivas. Por tanto, este documento analiza críticamente la situación de esta población en tiempos de pandemia, sus condiciones de salud y salud bucal. Se busca visibilizar, además, la necesidad de capacitar al personal profesional, técnico y administrativo que brinda servicios durante y pospandemia a PcD, sobre inclusión, ajustes razonables y apoyos en el campo de la salud bucal.

### Situación y condiciones de vida de personas con discapacidad (prepandemia)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promulga promover, proteger y asegurar “el goce pleno”, condiciones de igualdad y calidad de vida para las personas con discapacidad, así como el derecho a la salud (1). El concepto de discapacidad se comprende desde dos conceptualizaciones; la primera analiza la concepción religiosa, médica y social y la segunda lo aborda desde la mirada la biopsicosocial. Agustina Palacios (2) explica la primera conceptualización; desde la concepción religiosa el origen de la discapacidad es entendida como un castigo divino, el modelo médico rehabilitador, explica el origen de la discapacidad como patología médica y el modelo social explica el origen de esta condición desde la perspectiva de participación y desarrollo, argumentando que el contexto es el que no permite que las PcD se puedan desenvolver plenamente al interior de la sociedad, conceptualización que actualmente se está viviendo en este siglo.

La segunda conceptualización, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3) hace referencia a la perspectiva biopsicosocial, donde la implementación de la rehabilitación se soporta en la “constancia de la participación comunitaria; de la capacidad resolutiva institucional, del compromiso sostenido de los gobiernos locales, de la eficiencia de la gestión intersectorial” (3). Lo anterior, involucra, pues, el trabajo como equipo de las familias y comunidad que rodean las personas con discapacidad.

La OMS, en su Informe Mundial de Discapacidad, reveló que el 15.3% de la población mundial presenta una discapacidad moderada y el 2.9% una discapacidad grave. El informe declara, además, una prevalencia mundial de mujeres con discapacidad en países en vía de desarrollo de 22.1%, mayor que los hombres (13.8%). Por otro lado, en su Informe Mundial de la Discapacidad de Niñas y Niños muestra que hay un subregistro de esta población (4).

Respecto al contexto de América Latina y el Caribe, se registra la existencia de 70 millones de PcD que, además, experimentan discriminaciones múltiples y simultáneas intersectadas con su situación socioeconómica, su género, edad, lugar de residencia, condición étnico-racial y estatus migratorio, entre otras (5). Para el caso de Colombia, el DANE

(6) reporta población con discapacidad por grupo de edad en estas cifras: de 0 a 4 años, 23.004; de 5 a 9 años, 43.090; de 10 a 14 años, 52.232; de 15 a 44 años, 245.550; de 45 a 59 años, 168.222; de 60 años y más, 324.929. Frente a estos datos, la afirmación de la OMS sobre que “entre más se crece, más discapacidad se presenta” (4) cobra sentido.

En la legislación Colombiana, varias normativas mencionan la protección especial de las PCD. Entre estas podemos mencionar: el Artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, el cual establece a las personas con discapacidad como sujetos de especial protección (7); la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que establece disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (8); la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (9); la Ley 1680 de 2013 que garantiza el acceso a las Tics, al conocimiento y al trabajo a las personas invidentes o con baja visión (10); la Sentencia T 850 de 2014 que garantiza el Derecho a la educación superior de persona en situación de discapacidad (11); la Sentencia C-021 de 2015 que favorece la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (12), y la Ley 1752 de 2015 (13) que sanciona penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. En coherencia, la normatividad referente a la protección de esta población es clara, pero, las condiciones reales de vida, participación e inclusión se presentan de forma muy diferente.

#### **La situación en la prestación de servicios de salud y salud bucal de las personas con discapacidad (prepandemia)**

Las PCD y sus familias, de acuerdo con el derecho a la salud en equidad y calidad, exigen servicios adecuados y ajustados a sus condiciones diferenciales, y que sus procesos de atención en salud sean brindados con calidad, integralidad y continuidad (14). La Secretaría de Salud de Bogotá reportó, para el año 2007, que solo el 5% de las PCD que requirieron servicios de rehabilitación la recibieron de forma oportuna y continua, lo que genera barreras de acceso para estos servicios (15). De igual forma, todos los otros servicios de salud presentan las mismas brechas de atención y oportunidad (16).

La Asamblea General de la Federación Dental Internacional en el año 2016, en coherencia a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, postuló las siguientes directrices para la atención bucodental de las PCD (17):

- Garantizar que todos los servicios de salud bucodental sean accesibles para las PCD.
- Concienciar a las PCD, familiares, cuidadores y profesionales sanitarios de sectores diferentes a la odontología, sobre la importancia de la salud bucodental como un componente fundamental de la salud general y de la calidad de vida.
- Fomentar el análisis de riesgo y la formación en capacidades de promoción en la salud bucodental entre todos los trabajadores sanitarios en vías de atención multidisciplinares para PCD.
- Reconocer las capacidades, educación y formación específicas, y los medios necesarios para tratar a pacientes que requieren cuidados odontológicos especiales y complejos.
- Fomentar la formación en cuidados odontológicos especiales a nivel de pregrado, postgrado y formación permanente en todas las disciplinas odontológicas.

- Animar a patrocinadores privados y públicos de la investigación en salud bucodental a considerar las necesidades de personas que requieren cuidados odontológicos especializados.

En general, la situación legislativa para la protección y priorización en salud de las PCD es amplia. Empero, el informe sobre la implementación de los acuerdos de la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad, entregado por la comisión verificadora de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2013 al Gobierno Colombiano (18), determinó que la atención en salud para estas personas no es integral y que no se han implementado completamente las rutas de acceso para la atención en las instituciones. De acuerdo al documento de la OPS, que referencia el diseño de las rutas de atención para prestadores de salud, estas rutas fueron construidas para el capítulo Colombia, pero no se han implementado (19). De este modo, las PCD se enfrentan a un sistema de salud en donde imperan: la dispersión terapéutica, la dificultad en el acceso a atenciónes especializadas cuando son necesarias y prescritas por el médico tratante, las barreras administrativas y de trámite para el acceso a servicios y la falta de formación del profesional médico para atender con un enfoque de inclusión social y de derechos humanos (16).

Así, los ajustes razonables requeridos para brindar servicios inclusivos en las instituciones prestadoras de salud deben ser soportados con tecnologías y facilitadores de comunicación, situación que también se presenta como brecha para el acceso adecuado a los servicios. En relación a la accesibilidad, esta ha sido normatizada en los lineamientos de habilitación de servicios de salud [bucal] (19), lo que ha favorecido la accesibilidad física de las PCD. Estos ajustes físicos y de infraestructura se han ido adecuando de forma consecutiva y con el tiempo que requiere según lo especifica la norma (20).

En cuanto a los servicios de salud bucal, al igual que los servicios de salud general, las PCD sufren brechas en el acceso y continuidad de estos; en gran parte por falta de recursos físicos, tecnológicos y comunicacionales. El Informe Mundial de Discapacidad (4) revela que dos terceras partes de las PCD no reciben tratamiento odontológico y refiere que entre las barreras de atención se encuentran las actitudes, aptitudes y falta de conocimiento por parte del personal de odontología. Otro factor a tener en cuenta es que los cuidadores son los que asumen el cuidado de la salud bucal, por lo que es con sus conocimientos para realizar las técnicas y las estrategias en higiene oral (21) con los que se atiende a la PCD. Por lo tanto, se deben dirigir programas específicos de educación en salud bucal (22).

Por otra parte, los profesionales de salud en muchas ocasiones desconocen las condiciones diferenciales de PCD, razón por la cual en muchas ocasiones no brindan los servicios con oportunidad, equidad y continuidad requerida. Esto genera que las condiciones de salud bucal en estas personas se agudizan y deterioren notablemente afectando su estado general de salud, aún cuando su atención se encuentre contemplada dentro de la Política de Salud Oral (23).

Antes de la pandemia, la Federación Dental Internacional (FDI) y la Asociación Internacional para la Discapacidad y la Salud Bucodental (iADH) recomendaron implementar políticas públicas para esta población. Por su parte, la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (24), además, encomendó implementar la atención domiciliaria, el enfoque en la atención en el manejo del comportamiento, la individualización en las estrategia de

promoción y el reconocimiento de la existencia de barreras de atención. No obstante, en Bogotá no hay una reglamentación específica para los servicios domiciliarios (25).

### Condiciones de vida de las personas con discapacidad durante la pandemia

La prioridad de salud pública a nivel local, nacional e internacional en la coyuntura de la pandemia por la COVID-19 es seguir protegiendo “la salud y el bienestar de las personas con discapacidad” (26); porque las discriminaciones y exclusiones se acentúan durante la pandemia (27). Esta prioridad debe basarse en los derechos humanos de las PCD, garantizando un trato digno, con respeto y políticas públicas inclusivas (28).

Así mismo, el apoyo asistencial en diferentes situaciones es esencial para las PCD en diferentes edades y de acuerdo con el tipo de discapacidad. Según la OMS “es importante considerar y garantizar la continuidad en la atención y el apoyo que necesiten las PCD”; en Colombia, según el DANE (29) el 34.62% de las PCD requiere apoyo para actividades básicas, de este porcentaje el 55.22% son mujeres y el 44.78% son hombres. Durante la pandemia muchos de ellos no han contado con el apoyo necesario porque los cuidadores están fuera del hogar y no pueden desplazarse durante el aislamiento. De otro lado, la persona cuidadora dentro del hogar incrementó su carga de cuidador (27).

Ahora bien, la OMS refiere que “tener acceso a internet es de vital importancia en la coyuntura actual, pues permite, por ejemplo, hacer compras en línea, trabajar y estudiar desde casa, recibir atención en salud y apoyo psicosocial a través de videoconferencia, sobre la salud en general, la rehabilitación y demás casos que corresponda” (28). En Latinoamérica y el Caribe existen barreras en la adquisición de computadores e internet, así como limitaciones en las habilidades para su uso en los hogares con PCD (5).

Al respecto, Colombia no escapa de esta realidad latinoamericana (29); esto conduce a una inaccesibilidad comunicativa que repercute en el acceso público a la información (26), muy a pesar de que existan redes de apoyo, guías específicas, videos en lengua de señas y orientación específica para cuidadores/familiares, herramientas que han sido difundidas en formatos accesibles (30). Los efectos de esta situación derivan en que las PCD tengan bajas posibilidades de protección del contagio o de diagnóstico y tratamiento, dificultades en el acceso a la información sobre el virus e inaccesibilidad en los servicios de salud [bucal] (5,26).

La situación de confinamiento es una condición adicional trabajada desde la OMS (31) y el Ministerio de Salud y Protección Social (32) hacia las PCD, ya que puede conllevar a consecuencias físicas y psicológicas, como “aumento en ansiedad/angustia generada por la incertidumbre, temor a enfermarse o morir, sensación de impotencia por no poder proteger a los seres queridos, temor a acercarse a servicios de salud por riesgo a enfermarse, desesperanza, aburrimiento, soledad, miedo a perder dinero u objetos materiales, miedo a ser socialmente excluido (...), entre otros” (32).

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que la interrupción de rutinas afecta de manera negativa el bienestar de las PCD y sus familias, y que puede aumentar la exposición a la violencia intrafamiliar, en el caso de las mujeres con discapacidad (5). Los adultos mayores, especialmente en aislamiento y aquellos con deterioro cognitivo/demencia, pueden volverse más ansiosos, enojados, estresados y agitados (30,31). Y es que,

las restricciones en las actividades habituales producen estrés mental en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Déficit de atención y síndrome de hiperactividad (TDAH), generando una “escalada en los comportamientos desafiantes, el riesgo de un colapso y un mayor uso de medicamentos psicotrópicos” (27,30,31). Estas circunstancias devienen en contextos en los que es más difícil recibir las terapias, practicar el distanciamiento físico y adaptarse a las rutinas diarias interrumpidas (28).

El confinamiento, también, conlleva a afectaciones en la vida laboral. En Colombia el 39.6% de las mujeres con discapacidad se dedican principalmente a oficios del hogar y el 29.5% de los hombres con discapacidad trabajan por lo menos una hora para generar algún ingreso y las mujeres con discapacidad intelectual, además, de incrementar su trabajo en el hogar han sufrido de violencia doméstica (5,29,30).

Otra área afectada por el confinamiento es la educación. La OMS refiere que “la interrupción de las actividades en centros educativos tuvo efectos significativos en el aprendizaje de estudiantes con discapacidad” (5). Esto, a su vez, afectó otras áreas como el estado nutricional de los estudiantes, incluidos niños, niñas y adolescentes con discapacidad, dado que los hogares de estos son vulnerables y dependen de programas de alimentación escolar (5).

Por lo que sigue, es fundamental precisar que cada subtipo de discapacidad requiere diferentes estrategias, sobre todo en el contexto de la COVID-19. Sobre ello, la literatura reporta poco sobre la relación entre esta enfermedad y la discapacidad. Sin embargo, se han difundido herramientas para las PCD intelectual, como: brindar apoyo práctico y emocional a través de redes informales (familias) y profesionales de la salud; repetir información cuando sea necesario, entrega de instrucciones claras, concisas, respetuosas y con paciencia, e inclusive diagramadas; involucrar cuidadores/familiares y otras redes de apoyo para proporcionar información; ayudar a las personas a practicar medidas de prevención (por ejemplo, lavado de manos, etc.) y realizar ejercicios físicos sencillos en casa, con el fin de mantener la movilidad y reducir el aburrimiento (30,31).

De manera tal, durante la pandemia se recomienda a las PCD aumentar el número de cuidadores, por si alguno enferma y si hay contagio COVID-19; asegurarse de que todos en su hogar sepan lo que deben hacer y aplicar los lineamientos de cada país (27, 33, 34). Para los profesionales, se sugiere abordar la inclusión de medidas de discapacidad, la recopilación de datos y la adaptación de respuestas apropiadas para este grupo poblacional. Ello permitirá comprender mejor la magnitud, dado que no hay cifras de cuántas PCD estuvieran contagiadas y/o cuántos fallecidos; así, los datos ayudarían a dilucidar los riesgos para las PCD y a garantizar su seguridad a largo plazo (5,35,36), empero, esta situación estadística aún no es clara.

Frente a estas condiciones de la población con discapacidad, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (5) promulgó las siguientes recomendaciones generales:

- Respetar los derechos fundamentales e inalienables de todas las PCD en el contexto de la crisis y en el período de recuperación.
- Asegurar, independientemente de la condición, la accesibilidad a toda la información relacionada con la crisis.

- Asegurar la accesibilidad en espacios donde se llevan a cabo las pruebas para diagnosticar y tratar la COVID-19.
- Reforzar las prestaciones de protección social para las PcD y sus familias; incorporar la perspectiva de discapacidad en las medidas sanitarias y medidas sobre protección del empleo y continuidad educativa.
- Crear o ampliar espacios de participación y consulta con las organizaciones de PcD.
- Asegurar la continuidad del trabajo, la educación y la prestación de servicios de rehabilitación para las PcD a través del uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).
- Proveer apoyo psicosocial a PcD y sus familias; flexibilizar las restricciones a la circulación en la vía pública.
- Mejorar la información estadística recopilada durante y después de la crisis.

#### **Condiciones y cambios que enfrentan las personas con discapacidad en pandemia para acceder a servicios de salud y servicios odontológicos**

Es importante hacer énfasis en que muchas de las PcD sufren de comorbilidades que los hacen más vulnerables en cuanto a afrontar los síntomas y signos de la enfermedad por COVID-19. Así, el acceso a comunicación en condiciones de aislamientos preventivos u obligatorios, que se están presentando en diferentes ciudades, los aísla, incomunica y con mayor razón, agudiza la dificultad en el acceso a apoyos.

En relación con la comorbilidad, se considera a este en la literatura como el ítem más importante para tener en cuenta en esta población, dado que las PcD tienen múltiples comorbilidades como hipertensión, enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria y diabetes, las cuales pueden conducir, incluso, a la muerte (34). Por ejemplo, con el Síndrome de Down el mayor riesgo se da por el aumento de la producción de citoquinas, que genera mayor vulnerabilidad a infecciones por la COVID-19 (33). Las personas con TEA pueden presentar ansiedad, disgraxia, problemas de aprendizaje, epilepsia y alteraciones del sistema inmunológico (38) y las PcD intelectual (D.I) presentan comorbilidades cardiacas o respiratorias; por esta razón podemos manifestar que las PcD presentan una mayor severidad de las manifestaciones de la COVID-19 (29).

En general, las PcD, de acuerdo con sus necesidades, siempre han demandado mayor acceso a los servicios de salud, pero en estas condiciones las barreras físicas, de actitud en los prestadores de servicios y barreras comunicativas limitan aún más el goce efectivo de su derecho a la atención de salud y repercuten notablemente en su estado de salud. En resumen, todos los servicios han potenciado la atención a personas que sufren de la enfermedad COVID-19, las otras atenciones en salud han pasado a un segundo plano en cuestión de inversión económica y administrativa.

En referencia a la prestación de servicios de salud bucal, en correspondencia al alto riesgo de propagación y contaminación por el virus SARS-CoV-2, los gobiernos locales y nacionales declararon inicialmente durante los 4 primeros meses de pandemia la suspensión de servicios odontológicos, por lo que solo se prestaban servicios de urgencias. Posteriormente, se activaron algunos servicios, entre ellos solo los de atención prioritaria; esta situación ocasionó la reagudización de patologías dentales en las PcD dado su curso en el tiempo, aumento de urgencias odontológicas en los servicios y escaso seguimiento

y cuidado bucal, procedimientos tan necesarios para esta población. Por otra parte, las adaptaciones y modelamientos de rutinas en la consulta odontológica, para personas con discapacidades intelectuales, y trastornos generalizados del desarrollo, se ven gravemente afectadas por interrumpir su continuidad en los procesos y los cambios en los protocolos de bioseguridad en el consultorio dental, situación que genera mayor dificultad al regresar a la consulta odontológica para realizar procedimientos específicos. Por tanto, estas personas se deben readaptar a la consulta, lo que demanda mayores tiempos y esfuerzos por parte de profesionales y cuidadores.

Igualmente, muchas de las PCD al afrontar cambios tan abruptos en sus rutinas y re-rutinización de actividades en el hogar descuidaron sus acciones de cuidado referentes a la salud y cuidado/autocuidado de la salud bucal, cuya consecuencia ha sido la agudización de patologías sistémicas y de origen bucodental. De tal manera, toda la situación vivida por esta población durante la pandemia vulnera su salud, cuidado terapéutico y procesos de rehabilitación y seguimiento.

Sobre la atención odontológica de las PCD, durante la pandemia se han escrito diferentes estrategias de acuerdo con las siguientes prioridades: Categoría 1a – Emergencia, tratamiento necesario dentro de las 24 horas; Categoría 1b, urgente, tratamiento necesario en 72 horas; Categoría 2, tratamiento que puede retrasarse 4 semanas; Categoría 3, tratamiento que puede retrasarse hasta 3 meses; Categoría 4, tratamiento que puede retrasarse más de 3 meses (39).

Otra estrategia que se ha utilizado durante la pandemia es la atención odontológica bajo la modalidad de Teleconsulta, a fin de evitar desplazamientos (40,41). Así, se ha recomendado a las personas asintomáticas postergar su cita de control odontológico en su hospital de atención, para evitar la transmisión entre el cuidador y el personal de talento humano en odontología y hacer uso de comunicación tecnológica (40,41). En el contexto de la atención, para el personal de talento humano se ha sugerido evitar ser un vector de propagación, protegerse con el fin de seguir atendiendo a la PCD, seguir las medidas de bioseguridad, procedimientos mínimamente invasivos sin generación de aerosoles, citas espaciadas para permitir una desinfección y el distanciamiento social. Por su parte, a las PCD se les ha solicitado usar mascarillas, desinfectar sus manos, regular el acceso a los baños, retirar de las salas de espera todo (42,43).

Con respecto a los motivos de consulta por urgencia en PCD, se sugiere en primer lugar la atención con analgesia, y/o antibióticos, aplicación de la técnicas no invasivas como el Tratamiento Restaurativo Atraumático (ART) y la aplicación de barniz de flúor. Lo anterior, mientras se reactiva la atención odontológica en sillón o bajo anestesia general (39).

#### **Reflexiones finales. Perspectivas de los servicios de salud odontológicos frente a la pos – pandemia, de acuerdo con el enfoque de derechos humanos**

Las condiciones para prestar servicios de salud y salud bucal cambiaron notablemente luego de la pandemia ocasionada por la COVID-19, situación de orden mundial, nacional y territorial. En el caso de la población con discapacidad siempre se presentó vulnerabilidad y brechas para el acceso a la prestación de servicios de salud con oportunidad, continuidad y calidad requerida; esta situación se agudizó luego de la crisis sanitaria, social,

política y económica por la pandemia. Para el caso de la prestación de servicios de salud bucal, la situación se presenta con mayor gravedad debido a que durante largo tiempo, esta población ha sufrido situaciones de exclusión para el acceso a los servicios odontológicos. Por tanto, es necesario tener presente los postulados de Martha Nussbaum (44) sobre justicia social. Esto, dado que, desde la perspectiva del enfoque de las capacidades humanas, como base filosófica para los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad humana, es requerido que los servicios de salud bucal y sus profesionales garanticen la oportunidad en equidad e inclusión de atención en salud oral para las PCD.

Actualmente, se desconocen los efectos inmediatos de la pandemia en las PCD, ya que los datos específicos sobre la infección por SARS-CoV-2 en personas con D.I no están disponibles (29). Aun así, se puede interpretar que todas sus condiciones físicas, psicológicas y de salud estarán afectadas por los cambios generados y escasa atención durante la pandemia; situación que obliga a replantear los procesos y rutas de atención odontológica para priorizar la atención en esta población vulnerable. De igual forma, las personas con discapacidad atendidas en unidades de cuidados intensivos debido a complicaciones graves por la COVID-19 requerirán una atención especial como grupo de alto riesgo de caries dental (45).

En ese sentido, los problemas dentales no resueltos o tratamientos no terminados a causa de la pandemia generarán que los planes de tratamiento prepandemia cambien a una opción más radical en pospandemia; esto implicaría un “deterioro de la salud bucal y una mayor incidencia de enfermedades bucodentales” (45). Para resolver estas necesidades se debe garantizar la no discriminación intencional o no intencional en los servicios odontológicos, y asegurar que las personas con mayor vulnerabilidad reciban el mismo nivel de atención brindado a todas las otras personas sin discapacidad, sin barreras físicas, actitudinales ni comunicativas, para así garantizar el goce pleno y efectivo del derecho a la atención de salud bucal en la pospandemia.

Este ensayo contribuye a dar la voz de las PCD como lo sugiere la iADH.

## Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias, instituciones donde ejercemos nuestros conocimientos y a las personas con discapacidad con las que nos relacionamos en nuestro quehacer.

## Contribuciones de los autores

Los autores de acuerdo con su experticia aportaron a la escritura del artículo.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés antes, durante o después de realizar el manuscrito y que este fue autofinanciado.

## Referencias

1. **Organización Naciones Unidas (ONU).** Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497>
2. **Palacios A.** El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid: CERMI; 2008.
3. **Organización Panamericana de la Salud El Salvador.** Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. 2011. Disponible en: [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapacidad&category\\_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapacidad&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364)
4. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la discapacidad. 2011. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
5. **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).** Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones. 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45491-personas-discapacidad-la-enfermedad-coronavirus-covid-19-america-latina-caribe>
6. **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).** Censo nacional de población y vivienda, 2018. 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
7. **República de Colombia – Congreso de la República.** Ley 1751. Por la cual se regula el derecho fundamental a la Salud. 2015. Bogotá: Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
8. **República de Colombia – Congreso de la República.** Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá: Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

9. **República de Colombia – Consejo Nacional de Política Económica y Social – Departamento Nacional de Planeación.** CONPES social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/eventos/RESUMEN%20CONTEXTO%20CONPES%20DISCAPACIDAD%20FINAL.pdf>
10. **República de Colombia – Congreso de la República.** Ley 1680 de 2013. Por la cual se garantiza a las personas ciegas y con baja visión, el acceso a la información, a las comunicaciones, al conocimiento y a las tecnologías de la información y de las comunicaciones. Bogotá: Diario Oficial No. 48.980 de 20 de noviembre de 2013. Disponible en: [http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1680\\_2013.html](http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1680_2013.html)
11. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T 850 de 2014. Personas con discapacidad o con alguna enfermedad grave-protección constitucional reforzada/ personas con discapacidad como sujetos de especial protección constitucional-protección nacional e internacional. 2014. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-850-14.htm>
12. **Corte constitucional de Colombia.** La sentencia C-021 de 2015. Favorece la Capacidad jurídica de las personas con discapacidad. 2015. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-021-15.htm>
13. **República de Colombia – Congreso de la República.** Ley 1752 de 2015. Por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. Bogotá: Diario Oficial No. 49.531 de 03 de junio de 2015. Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201752%20DEL%2003%20DE%20JUNIO%20DE%202015.pdf>
14. **Fundación Saldarriaga Concha.** Índice Multidimensional de Inclusión Social y Productiva. 2019. Disponible en: <https://www.saldarriagaconcha.org/indice-personas-discriminacion/resultados/>
15. **Cruz V, Fernández A, Duarte C y García S.** Sistematización de investigaciones en discapacidad y en la estrategia de rehabilitación basada en comunidad Periodo 2005-2010. *Investig Seg Soc.* 2011; 13(2): 70-87.
16. **Correa-Montoya L, Castro-Martínez M.** Discapacidad e inclusión social en Colombia. Informe alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Fundación Saldarriaga Concha. 2016. Disponible en: [https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd\\_discapacidad\\_inclusion\\_social.pdf](https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf)

17. **Federación Dental Internacional.** Salud bucodental y atención odontológica de personas con discapacidad adopted by the FDI General Assembly September, 2016 in Poznań, Poland. 2016. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/es/resources/policy-statements-and-resolutions/salud-bucodental-y-atencion-odontologica-de-personas-con>
18. **República de Colombia.** Informe inicial sobre la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Colombia. 2013. Disponible en: [https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/PUBLICACIONES\\_ARTICULOS/Informe%20Estado%20Colombiano%20Implementacion%20CDPD.pdf](https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/PUBLICACIONES_ARTICULOS/Informe%20Estado%20Colombiano%20Implementacion%20CDPD.pdf)
19. **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** OPS construye Ruta de acceso para personas con discapacidad, incluidas víctimas del conflicto. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1760:ops-construye-ruta-de-acceso-para-personas-con-discapacidad-incluidas-victimas-del-conflicto&Itemid=442](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1760:ops-construye-ruta-de-acceso-para-personas-con-discapacidad-incluidas-victimas-del-conflicto&Itemid=442)
20. **República de Colombia – Ministerio de salud y protección social.** Resolución 3100 de 2019. Por lo cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)
21. **Escobar de Villate MI, Torres de Tovar ML, Peñas–Felizzola OL, Gómez–Galindo AM.** Lineamientos de trabajo con cuidadores en Bogotá, Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Integración Social. 2008. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69935>
22. **Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B, et al.** Counteracting the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2019; 19(1): 1530. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7863-1>
23. **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.** Política de salud oral de Bogotá, D.C con participación social para el decenio, 2011- 2021. Alcaldía mayor de Bogotá. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/Polit\\_sectoriales/Salud\\_oral.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Polit_sectoriales/Salud_oral.pdf)
24. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. 2016. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/management-of-dental-patients-with-special-health-care-needs/>
25. **Ruiz, M.** Análisis de la Calidad en la Implementación de Servicios de Atención Domiciliaria en Odontología: caso Bogotá. 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/11630>

26. Boyle CA, Fox MH, Havercamp SM, Zubler J. The public health response to the COVID-19 pandemic for people with disabilities. *Disabil Health J.* 2020; 13(3): 100943. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100943>
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>
28. Schiarioti V. The human rights of children with disabilities during health emergencies: the challenge of COVID-19. *Dev Med Child Neur.* 2020; 62(6): 661. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fdmcn.14526>
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Personas con discapacidad, retos diferenciales en el marco del COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/2020-Boletin-personas-con-discapacidad-marco-COVID-19.pdf>
30. Courtenay K, Perera B. COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic. *Ir J Psychol Med.* 2020; 37(3 – Special Issue: Covid-19 perspectives): 1–6. <https://dx.doi.org/10.1017%2Fipm.2020.45>
31. Organización Mundial Salud (OMS). The mental and physical health of household members and caregivers. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2)
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de prevención del contagio por COVID-19 y atención en salud para las personas con discapacidad, sus familias, las personas cuidadoras y actores del sector salud. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/asif13-personas-con-discapacidad.covid-19.pdf>
33. De Cauwer H, Spaepen A. Are patients with Down syndrome vulnerable to life-threatening COVID-19? *Acta Neurol Belg.* 2020; 1–3. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs13760-020-01373-8>
34. Kuper H, Banks LM, Bright T, Davey C, Shakespeare T. Open Letter. Disability-inclusive COVID-19 response: What it is, why it is important and what we can learn from the United Kingdom's response. *Wellcome Open Res.* 2020; 5: 79. <https://dx.doi.org/10.12688%2Fwellcomeopenres.15833.1>
35. Turk MA, Landes SD, Formica MK, Goss KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disabil Health J.* 2020; 13(3): 100942. <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942>
36. Mills WR, Sender S, Lichfeld J, Romano N, Reynolds K, Price M, et al. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *J Intellect Disabil Res.* 2020; 64(7): 489–496. <https://doi.org/10.1111/jir.12740>

37. Turk MA, McDermott S. The Covid-19 pandemic and people with disability. *Disabil Health J.* 2020; 13(3): 100944. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.dhjo.2020.100944>
38. Eshraghi AA, Li C, Alessandri M, Messinger DS, Eshraghi RS, Mittal R, et al. COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. *Lancet Psychiatry* [Internet]. junio de 2020;7(6):481-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239613/>
39. Gurzawska-Comis K, Becker K, Brunello G, Gurzawska A, Schwarz F. Recommendations for Dental Care during COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine.* 2020; 9(6): 1833. <https://doi.org/10.3390/jcm9061833>
40. Kwak E-J, Kim J, Perinpanayagam H, Kum K-Y. Guidance for dental treatment of patients with disabilities during COVID-19 pandemic. *J Dent Sci.* 2020. In Press, Corrected Proof. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.08.003>
41. Beetstra S. Special care dentistry in the world of COVID-19. *Spec Care Dentist.* 2020; 40(3): 215. <https://doi.org/10.1111/scd.12467>
42. International Association for Disability and Oral Health. iADH Covid-19 Statement. 2020. Disponible en: <https://iadh.org/news/iadh-official-covid-19-statement-march-2020/>
43. International Association for Disability and Oral Health. Latest Editions of IADH Covid-19 Fact Sheet. Disponible en: <https://iadh.org/news/updated-iadh-covid-fact-sheet-2-1/>
44. Nussbaum MC. Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós ibérica, S.A., 2007.
45. Dziedzic A. Special Care Dentistry and COVID-19 Outbreak: What Lesson Should We Learn? *Dent J (Basel).* 2020; 8(2): 46. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fdj8020046>