



FACTORES INVOLUCRADOS CON INASISTENCIAS A CITAS AGENDADAS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE LOS/LAS USUARIOS/AS DEL
CENTRO ADOSADO DE ESPECIALIDADES AL HOSPITAL DE QUILPUÉ ENTRE
ENERO - JUNIO 2021

Trabajo de investigación

requisito para optar al

Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Octavio Ardiles Le - Feuvre

Paula Farías Villegas

Katalina Pérez Gospodnetic

Docente Guía: Prof. Dr. Jorge Godoy Olave

Cátedra de Salud Pública

Valparaíso - Chile

2022

DEDICATORIA

El desarrollo de esta investigación no fue fácil, como todo lo que transcurre en esta carrera. Fue toda una experiencia y un largo camino de aprendizaje lleno de buenos y malos momentos. No pude haber llegado hasta este punto sin el apoyo incondicional de mi familia, mis amigos/as, mis madrinas, los docentes y funcionarios de la Facultad. Como miembro de este equipo espero que nuestra investigación sea del agrado del lector y que contribuya a la generación de nuevos conocimientos, sobre todo en este tema poco estudiado.

Octavio Ardiles

Este trabajo de investigación marca un hito importante durante el desarrollo de mi formación profesional como Cirujano- Dentista de la Universidad de Valparaíso. Quiero agradecer el apoyo y amor incondicional de mis padres, hermanas, abuelas y bisabuela materna, por creer siempre en mí y en mis capacidades, además de recordarme que la vida es maravillosa. Darles las gracias a mis amigos, amigas y a Ema, por ser parte fundamental de este proceso, a los docentes y funcionarios que hicieron de esta experiencia de aprendizaje un lugar ameno. Por último, reconocer el trabajo en equipo realizado, que culmina de manera exitosa con el presente estudio.

Paula Farías Villegas.

Como gesto de agradecimiento y con mucho amor, quiero dedicar el presente trabajo que ha sido fruto del esfuerzo y constancia de este equipo investigador.

A mi familia, en especial a mi padre y abuelos maternos, quiénes han sido un pilar fundamental durante mi etapa de desarrollo profesional, apoyándome en todo momento y en todo sentido para convertirme cada día en una mejor persona y futura profesional. A mi pareja, mi otro pilar, quién me ha ayudado a creer más en mí y mis capacidades y me ha apoyado durante esta etapa universitaria. Gracias por su amor y comprensión.

Katalina Pérez

AGRADECIMIENTOS

Como equipo queremos agradecer a todas las personas involucradas en el proceso de esta tesis. Primero, al Dr. Jorge Godoy por su apoyo incondicional, confianza y buena disposición. Al Dr. Leopoldo Saavedra y Prof. Sebastián Espinoza por su contribución en la elaboración del instrumento de recolección de datos. Al Dr. Jaime Barraza por contribuir con experiencia y vastos conocimientos. Al profesor Miguel Parra por su apoyo en los análisis estadísticos requeridos para la concreción de esta investigación.

Además, agradecer a la Dra. Carolina Carlo Valladares, Jefa de Odontología y del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué por creer en nuestro estudio y apoyarnos con los permisos correspondientes.

A todos aquellos docentes que formaron parte de nuestra formación académica entregándonos sus conocimientos y herramientas con el fin de convertirnos en profesionales de calidad.

A todos los funcionarios que forman parte de la facultad y que nos acompañaron en este proceso, ofreciendo siempre su apoyo y ánimo, lo que nos ayudó a amenizar nuestra estancia por la universidad.

A nuestras familias por el amor y apoyo incondicional durante el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
1. Modelo de salud chileno e integralidad de la red de salud.....	3
A. Antecedentes históricos.....	3
B. Modelo de atención en salud actual.....	5
2. Compromisos de gestión (COMGES).....	7
3. Gestión agenda.....	10
4. Implicancia de ausentismo.....	12
5. Factores que influyen en la inasistencia en salud.....	15
Marco contextual.....	20
1. Hospital de Quilpué.....	20
A. Historia del Hospital de Quilpué.....	20
B. Misión y Visión del Hospital de Quilpué.....	20
C. Marco territorial.....	21
D. Población específica.....	21
E. Prestaciones del Hospital de Quilpué y del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital de Quilpué.....	23
F. Población objetivo CAE.....	23
G. Unidad de salud dental.....	24
2. Contexto social y sanitario (2020 - 2021).....	26
Objetivos.....	28
Materiales y métodos.....	29
Resultados.....	41
Discusión.....	57
Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	71
Anexos.....	84

RESUMEN

La “Consulta inasistente” es un problema en atención en salud, implicando pérdidas de recursos humanos/materiales. Por ello, las orientaciones técnicas de los Compromisos de Gestión para el año 2021 las incluye, definiendo “No se presentó” (NSP) como todas aquellas consultas que deben ser registradas en todas las oportunidades en que el paciente no concurre a la consulta, existiendo una citación previa. En Chile, existe un alto número de inasistencias a consultas en salud programadas y el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital de Quilpué no es la excepción. Identificar los factores involucrados con estas “Consultas inasistentes” es primordial para disminuir el ausentismo y aprovechar los recursos implicados.

Este estudio descriptivo tiene como objetivo principal determinar qué factores relatados en la literatura están involucrados con la inasistencia a horas clínicas odontológicas programadas en los usuarios/as adultos/as de diversas especialidades Odontológicas del CAE del Hospital de Quilpué, reportados como NSP durante enero-junio 2021. Se generó una muestra de voluntarios/as mediante muestreo aleatorio simple, en usuarios/as NSP de citas odontológicas durante este período. Se aplicó una ficha de recolección de datos vía remota (validada mediante el método Delphi) para lograr los objetivos.

En conclusión, se obtuvo que las dimensiones “Olvido por parte del paciente”, “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” y “Dificultad por trabajo” fueron las más mencionadas como causa de inasistencias de los pacientes de la muestra. Es necesario realizar más estudios para esclarecer la relación de estos factores con las inasistencias, pues influyen en la atención en salud.

INTRODUCCIÓN

Según las definiciones y terminología de las Orientaciones técnicas del COMGES 2021¹, el término “*Consulta inasistente*” o “*No se presentó*” (NSP) hace referencia a todas aquellas consultas que deben ser registradas en todas las oportunidades en que el paciente no concurre a la consulta de especialidad, existiendo una citación previa. Además, se deben registrar las consultas nuevas y controles a las cuales el paciente “No Se Presentó”, independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes¹.

La “*Consulta inasistente*” es un problema común en la práctica general de la medicina ambulatoria, implicando una pérdida de recursos humanos y materiales destinados a dicha atención e impactando en la calidad de los servicios que entregan el sistema de salud, debido a la necesidad de reprogramación de citas, generando un mayor gasto de recursos humanos y económicos^{2,3}. Esta situación también es un problema presente en las consultas odontológicas en diferentes centros de atención de salud, ya sean primarios o secundarios tanto públicos como privados, e incluso en otras instituciones como en la educación superior. Así mismo, vemos que este fenómeno se presenta tanto en controles frecuentes como en primeras citas de atención, siendo estas últimas de mayor relevancia, pues es en éstas donde el centro de salud garantiza una continuidad de tratamiento para el individuo y una integralidad con las demás especialidades del centro de salud, aspecto que para la atención secundaria es ideal lograr ^{2,4,5}.

Actualmente en Chile, existe la “*Gestión de Agenda*” en la Atención Primaria de Salud (APS) la que se utiliza como un sistema de programación y gestión de citas por medio de confirmación de horas, tanto presenciales como remotas. Sin embargo, aún con programas así existe un alto número de inasistencias a consultas médicas programadas, por lo que, el ausentismo representa un desafío para la salud pública en Chile, ya que la atención médica de especialidad es uno de los recursos más escasos, de mayor costo y más difícil acceso para la población.

El Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué también presenta un alto número de inasistencias a horas clínicas odontológicas programadas en

usuarios y usuarias de diversas especialidades Odontológicas del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué. A esto se suma que no se ha documentado, a través de la literatura, cuáles son las razones de estas ausencias, por lo que, es necesario realizar una investigación y así lograr el compromiso de gestión que se ha propuesto el sistema de salud en disminuir el número de NSP.

De esta forma, se plantea la pregunta de investigación ¿Qué factores influyen en la inasistencia de los usuarios a citas de especialidades odontológicas del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué?

MARCO TEÓRICO

1. Modelo de salud chileno e integralidad de la red de salud.

A. Antecedentes históricos.

La salud en Chile presenta un antes y un después luego del golpe de estado de 1973. Previo a la década de los años 80, el sector de salud se encontraba administrado principalmente por el sector público, es decir, el financiamiento era gestionado por el Estado y éste entregaba servicios de salud a través de una amplia red de centros de atención médica y hospitalarios. En esta época, el área de salud se organizaba en torno al Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico de Empleados (SERMENA) y existía, además, un sector privado que cubría aquellas personas no adscritas a alguna previsión de salud o afiliados al SERMENA a través del sistema de libre elección^{6,7}.

El SERMENA correspondía a una institución que financiaba acciones médicas preventivas, de recuperación y rehabilitación, las que se realizaban en establecimientos del SNS o a través de prestadores privados mediante la modalidad de libre elección de profesionales de salud, para lo cual los beneficiarios debían cancelar un copago por parte del valor de la prestación. Este servicio se financiaba a través de aportes previsionales de empleados y sus empleadores canalizados a través de cajas de previsión y también, a través de los pagos de bolsillo de los beneficiarios^{6,7}.

Por otro lado, el SNS se ocupaba de acciones como la protección de salud para la población en general, lo que incluía a obreros y trabajadores independientes activos y pasivos y sus cargas, así como también, a la población en estado de indigencia. Este servicio, se financiaba a través de aportes fiscales directos financiados con cargo a impuestos generales, aportes previsionales provenientes de los obreros y sus empleadores, trabajadores independientes y pago de bolsillo de los usuarios^{6,7}.

Tanto el SERMENA como el SNS, cubrían al 90% de la población aproximadamente, incluyendo prácticamente la totalidad de trabajadores activos y pensionados y sus familias. A su vez, para aquellos accidentes laborales, en Chile

se cuenta, desde 1958 hasta la actualidad, con Mutuales de Seguridad que corresponden a entidades privadas, sin fines de lucro, las que están autorizadas para captar fondos y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes de trabajo. Cabe destacar que la afiliación a dichas entidades es de carácter obligatorio^{6,7}.

Durante los últimos años del golpe de Estado, es decir, finales de los años 70 y comienzos de los 80 se comenzó a reestructurar el modelo de atención en salud en Chile. Durante esta época se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad financiera para el sector público que surge a partir de la fusión del SNS y el SERMENA. Ésta administra y distribuye los recursos a los distintos servicios de salud del país y, además, administra el mecanismo de libre elección (MLE) del antiguo SERMENA^{7,8}.

También, se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el que estaría conformado por una red de 27 servicios de salud de diferente complejidad destinados a la provisión de salud a nivel secundario y terciario para toda la población y, además, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Junto a estas entidades, cabe destacar otras instituciones generadas como la Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP)^{7,8}. Esta reestructuración va enfocada en la descentralización financiera y administrativa en las prestaciones en salud, lo que se ve complementado con la municipalización de la atención primaria, obteniendo esta última financiamiento gracias al sistema de facturación por atenciones médicas, por fondos municipales propios, y por el fondo común municipal^{6,7}.

En 1985 comienza a regir el Decreto de Ley 18.469 que regula el sistema de prestaciones de salud para todos los trabajadores, sin importar su condición laboral o previsión a la cual se encuentren afiliados y también, para aquellas personas indigentes o sin capacidad de pago. El fin de esta ley es generar acceso a diferentes servicios de salud y reemplazar el financiamiento fiscal por un impuesto específico proveniente de las cotizaciones y del pago de la prestación en salud, además de un subsidio para los grupos de menores ingresos. Dentro de los aspectos más

importantes de este decreto se encuentra la posibilidad para los cotizantes de elegir entre el sistema público de salud correspondiente a FONASA o el sistema privado correspondiente a las ISAPRE^{6,7}.

El cotizante, al escoger la entidad del FONASA, éste y sus cargas quedan adscritos al sistema público de salud y también, pueden acceder a atención médica en el sector privado mediante la MLE, en la cual deben cancelar un copago correspondiente al servicio recibido. Cabe destacar que aquellas personas calificadas como indigentes sin capacidad de pago, reciben atención gratuita en los consultorios de atención primaria y en caso de mayor complejidad también reciben atención gratuita en establecimientos hospitalarios del sistema público⁶⁻⁸.

Las ISAPRE, en cambio, corresponden a” *...aseguradoras privadas que administran la cotización obligatoria de quienes opten por el sistema privado, captando la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos...*”⁷. En estas instituciones, el cotizante debe escoger entre los planes de salud que estas ofrecen, donde existen diferentes coberturas y tipos de beneficios tanto para el cotizante como para su grupo familiar⁶⁻⁸.

B. Modelo de atención en salud actual.

En Chile existe una fragmentación de la atención sanitaria, siendo uno de los principales obstáculos para lograr resultados en aspectos como calidad, uso racional y eficiente de los recursos y satisfacción de los usuarios. Dicha fragmentación del Servicio Nacional de Salud durante 1979 y 1981 dejó la atención hospitalaria en manos de 29 servicios descentralizados y la atención de primer nivel bajo la administración municipal^{6,7}.

Como el sistema de salud chileno se desarrolla en base a redes asistenciales, en 2002 se propuso la creación de Consejos de Integración de Redes Asistenciales (CIRA) fundamentado en los lineamientos globales de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), todas con el objetivo de disminuir los problemas generados por la fragmentación, que dificultan, finalmente, el acceso y oportunidad de atención. En 2005, el CIRA formalizó su creación y bajo el decreto N°140

entendiéndose como una entidad de carácter asesor y consultivo, cuya función es asesorar al director/a y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección, sus establecimientos dependientes en todos los niveles de atención y los establecimientos municipales de Atención Primaria en Salud (APS)⁹.

Paralelo a la creación de los CIRA y en el marco de la Reforma de Salud en Chile, la atención de salud comenzó a centrarse en aquellos establecimientos municipales de APS, cuyas principales acciones se resumen en la integración de la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación del individuo y la comunidad, lo que gracias a uso racional y eficiente de los recursos permite ofrecer una mayor cobertura poblacional a través de toda la red de establecimientos de atención ambulatoria, como consultorios generales, urbanos y rurales, postas rurales y estaciones médico rurales, logrando un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) (Figura 1) basado en un modelo biopsicosocial⁹⁻¹¹.

El MAIS corresponde al *“Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*⁹. Si bien a partir de esta definición se comprende la visión integral que se le otorga a las personas, en el contexto de la reformulación del modelo de atención en salud, se refuerza este concepto con una *“...relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio ... se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud...”*, es decir, son las mismas personas y la comunidad quienes reconocen sus necesidades en salud y en función a estas, se les entrega una atención integral, oportuna, de alta calidad y resolutive¹¹.

Durante la formulación del MAIS, se consensuaron y describieron principios que defienden este modelo y que se encuentran relacionados entre sí; sin embargo, son tres los principios que se califican como irrenunciables¹¹⁻¹³:

- Centrado en el usuario, es decir, considera las necesidades en salud manifestadas por las mismas personas gracias a la relación generada entre el equipo de salud, el individuo, su familia y la comunidad, permitiendo el ejercicio de sus deberes y derechos en salud.
- Integralidad, comprendida en todo el sistema de salud mediante promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque biopsicosocial-espiritual y cultural.
- Continuidad, que presenta como aspectos la continuidad clínica, funcional y profesional, en los cuales se busca la coordinación horizontal y vertical, es decir, dentro del mismo establecimiento como con otros establecimientos de diferente nivel; una coordinación en el ámbito de gestión de información y financiamiento y también, una coordinación entre los equipos profesionales de salud.



Figura N°1: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario¹³.

2. Compromisos de gestión (COMGES).

El COMGES se define como los Compromisos de Gestión, los cuales son un instrumento de control de la administración que busca evaluar la eficiencia de los Servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos priorizados

por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Tiene como objetivo indagar profundamente en conceptos teóricos, legales y metodológicos, con el fin de mejorar su comprensión y así concretar su implementación en los Servicios de Salud (SS) a lo largo de todo Chile. Lo anterior está basado en los postulados establecidos en la Convención de Alma-Ata (ex-URSS, actualmente Kazajistán) de 1978, ya que ésta marcó un hito en lo respecta al enfoque que deben seguir los países en el mundo para garantizar la salud y la prestación de servicios sanitarios a toda su población, reiterando que, para lograr el mayor grado de salud de la población, es imperante la coordinación intersectorial y no sólo del sector salud¹.

Uno de los objetivos primordiales del COMGES es resolver los casos de pacientes en espera de ser atendidos como consulta nueva en las distintas especialidades odontológicas, donde cada cita es ingresada al Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), que fue establecido a partir del 31 de diciembre de 2020, mediante utilización de un 15,0% del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud. La solución para resolver la falta de horas de atención de especialidad se aborda según las metas definidas por cada Servicio de Salud, basadas en la programación de horas de consultas nuevas y el análisis realizado de capacidad de egresos en la antigüedad por cada Servicio de Salud. Sin embargo, este problema viene desde hace mucho tiempo y se ha visto agravado por la pandemia de COVID-19 que ha obligado a posponer los tratamientos electivos de especialidad¹.

Por otro lado, dentro de la terminología entregada por el documento “Compromisos de Gestión 2021: En el marco de las Redes integradas de Servicio de Salud” se encuentra el concepto de Consulta inasistente o NSP, la cual: *“Corresponde registrar, toda vez que el paciente no concurre a la consulta de especialidad, existiendo una citación previa. Se deben registrar las consultas nuevas y controles a las cuales el paciente No Se Presentó (NSP), independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes”*¹.

En base a los problemas planteados anteriormente, el Ministerio de Salud ha propuesto según la Meta Nacional Año 2021 lograr los siguientes objetivos¹:

- Resolver casos de Lista de Espera de atención de consultas nuevas de especialidades odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia, ingresados al Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2020, mediante la utilización de al menos un 15% del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud (PRAPS). También, cumplir con el porcentaje de disminución de Lista de Espera por Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, según meta definida para el Servicio de Salud (SS).
- Realizar un 100% de las actividades de coordinación en la Red Odontológica solicitadas para el año 2021. Además, lograr un 100% en la ejecución de los Planes de Implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en Red solicitados para el año 2021.
- Alcanzar un porcentaje de ocupación de la oferta de sillones dentales disponibles en el SS de un 85% y aumentar o mantener 32% de aquellas consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.
- Disminuir o mantener el porcentaje de usuarios que “No se presentan” a la consulta médica de especialidad para alcanzar un porcentaje menor o igual al 15%, y en un 10% en aquellos SS que están por sobre la meta. Para los SS cuyo porcentaje de inasistencias esté por debajo de la línea base nacional, mantener o disminuir dicho porcentaje, y en aquellos cuyo porcentaje de inasistencias esté por sobre la línea base nacional, disminuir el 50% de la brecha.
- Lograr un proceso de agendamiento en APS estructurado que responda a la demanda de la población y que se adapte al contexto sanitario, con implementación de requisitos mínimos de agenda.
- Disminuir o mantener porcentaje de usuarios NSP a la consulta médica de especialidad para alcanzar un porcentaje menor o igual a 15%, y los SS que están por sobre la meta, deberán reducir en un 10%. Para las consultas de especialidades odontológicas, en aquellos SS, cuyo porcentaje de inasistencias

esté por debajo de la línea base nacional, mantener o disminuir dicho porcentaje, y en aquellos SS, cuyo porcentaje de inasistencias esté por sobre la línea base nacional, disminuir el 50% de la brecha. Finalmente, reflejar en la agenda el 100% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas.

Si no se logra resolver esto en gran medida, la salud dental puede empeorar y generar aumento de la incidencia de complicaciones de salud asociadas al territorio maxilofacial, tales como las hospitalizaciones frecuentes y agudización de las condiciones de salud crónicas, que a su vez requieren de tratamientos más complejos y costosos⁹. Es por ello por lo que es fundamental el desarrollo de políticas públicas a largo plazo, las cuales deben estar enfocadas en resolver las principales causas de inasistencia descritas en la literatura, tales como el alto costo de los tratamientos de especialidades, la distancia de los centros de salud, escasez de horas disponibles, etc.^{2,3,14}.

3. Gestión agenda.

Este término se define como *“el conjunto de actividades que tienen por objetivo mantener disponible la programación de consultas, procedimientos y otras prestaciones en un sistema de agenda, permitiendo administrar y agendar horas programadas para asegurar la atención de salud a los usuarios”*¹⁴. O sea, busca programar ambulatoriamente todas aquellas especialidades médicas y odontológicas, para así generar los siguientes impactos¹³: Producción ambulatoria de servicios de salud, reducir los tiempos de espera, atender correcta, eficiente y oportunamente según la priorización clínica-médica establecida, satisfacer a/los usuarios y usuarias, trazabilidad de la información.

En síntesis, la Gestión de Agenda es la estructura que busca organizar las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención, en la que se produce la citación de un paciente. Dicho sistema debe mantener la trazabilidad de la información de los pacientes, por lo cual debe ser flexible, que permita cambios en tiempo real y que logre la integración de datos con el resto de las áreas del establecimiento. Debe ser un mismo sistema integrado para toda

institución de salud, con el fin de manejar todas aquellas actividades ambulatorias programables y agendables de los profesionales. Además, existen múltiples subprocesos asociados a la Gestión de Agenda observables en la Figura N°2¹³.



Figura N°2. *Subprocesos asociados a Gestión de Agenda*¹³.

A) Subprocesos asociados a la Gestión de Agenda¹³:

1. Administración y Programación de la agenda: Mantener estructura de Agenda actualizada de acuerdo con la oferta planificada y con solicitud formal de acuerdo a procedimientos definidos por el establecimiento, diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación, de acuerdo a la priorización de atenciones de salud definidos. Finalmente, es recomendable programar citas presenciales y remotas de manera alternada, para así optimizar el Recurso Humano y mantener un número adecuado y seguro de usuarios en las salas de espera.
2. Mantenimiento de Horas disponibles: Dar aviso inmediato al usuario frente a cambios y bloqueos puntuales de la agenda, para así evitar concurrencias innecesarias. Además, las modificaciones a la agenda original deben mantener la normativa institucional y su motivo debe quedar claramente identificado en el sistema de agenda.
3. Agendamiento: Realizar agendamiento con contacto efectivo según pertinencia, priorización y modalidad de atención de interconsulta definido por especialista, mantener actualizados los datos de contacto en cada encuentro telefónico o presencial con el usuario; es de suma relevancia la actualización de los siguientes ítems: números telefónicos, dirección, correo electrónico y nombre

del establecimiento de APS al que pertenece. Se recomienda incluir la entrega (preferentemente informática) del documento informativo de la cita agendada con el usuario: datos de la cita, preparación para la atención, referencia de los deberes del usuario, entre otros datos de interés.

4. Gestión de Citas: Mantención del proceso de confirmación de horas tanto de atención presencial como remota de manera anticipada, para la gestión eficiente de la lista de espera, de recursos existentes y mejorar la satisfacción del usuario. Asegurar que durante el llamado se realice la actualización de datos de contacto, además asegurar y difundir a los usuarios distintos canales de comunicación remota para que puedan solicitar cambios o anulaciones de horas, con el fin de evitar concurrencias innecesarias y pérdidas de cupos. En casos de usuarios que postergan la atención de salud por temor a contagio, no se egresan, sino que el motivo debe quedar por escrito en el sistema de agenda y gestionarlo en cuanto corresponda.

4. Implicancia de ausentismo.

El ausentismo a las horas clínicas programadas es considerado un problema frecuente en la práctica general de la medicina ambulatoria y la odontología tanto general como de especialidad, además de ser un indicador de ineficiencia en los centros de salud³; implicando una pérdida de recursos humanos y materiales destinados a dicha atención e impactando en la calidad de los servicios que entregan el sistema de salud^{4,15}.

Esta situación afecta globalmente a las organizaciones sanitarias; en Reino Unido la asociación "Doctor Patient" junto al Institute of Healthcare Management hizo una encuesta el año 2000 donde se reportó una pérdida de 17 millones de citas con el médico de cabecera, mientras que otro estudio en este país observó un 6,5% y 7,7% de inasistencias de los pacientes¹⁶, el año 2009 este porcentaje de inasistencia sufrió un alza, llegando a un 11%¹⁵ y un 12% el año 2012, lo que le costó al sistema de salud del Reino Unido un total de £ 600 M por año¹⁷. En España, específicamente en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución (CASAR) el año 2008, se informó un 11,1% de inasistencias de los pacientes a su primera cita, mientras que

para las consultas sucesivas este porcentaje llegó a un 10%, generando pérdidas de 13.000 euros durante el periodo que duró el estudio¹⁸. Mientras que en Argentina se estima que la frecuencia de ausentismo es del 22,7%¹⁹.

En Chile este fenómeno ha tenido una tendencia al alza, ya que en el año 2005 se perdía alrededor de 13% de las consultas de especialistas, mientras que para el año 2010, según cifras oficiales se registraron 1.271.859 inasistencias de pacientes a consultas médicas de especialistas en el sector público de salud (16,1% del total), significando una pérdida económica de 28 millones de dólares anuales y más de 6,5 millones de consultas de especialidad pérdidas en este período³.

Los pacientes que “No se presentan” (NSP) generan ineficiencias productivas y económicas², cuyos efectos se observan desde la infrautilización de los recursos humanos y materiales destinados a dicha atención³, aumento en las listas de espera, mayores esfuerzos para reprogramar las citas⁴, disminución de la accesibilidad^{4,20}, incremento de la morbilidad⁴ por concepto de la atención no brindada y sus posibles consecuencias en la salud de los pacientes absentistas, convirtiéndose en un factor de riesgo³.

La infrautilización de recursos humanos toma gran relevancia, debido a que actualmente en el país se mantienen cifras inferiores a la recomendada en cantidad de profesionales/especialistas por habitante; en tanto, las horas clínicas de especialidad suelen ser escasas y al no presentarse los pacientes existen profesionales y especialistas subutilizados.

Con respecto a los anterior, en el “Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud”²¹ del MINSAL año 2017 se menciona que “La densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud. Adicionalmente, es un criterio de comparación internacional ampliamente utilizado para evaluar la solidez y los progresos de los sistemas de salud hacia la cobertura universal”. En Chile durante el año 2016, hubo 22,8 médicos por cada 10.000 habitantes, cifra inferior a los 33,0 médicos por cada 10.000 habitantes registrados

en promedio en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de ese mismo año²¹.

Referente a los Cirujanos dentistas, en diciembre del 2010 hubo 5,61 profesionales por cada 10.000 habitantes, mientras que en 2016 esta cifra llegó a 11,05²², quedando en evidencia que Chile presenta densidades nacionales por grupo de especialistas relativamente bajas (por 100.000 habitantes) al ser comparados con otros países²¹. Además, de un total de 21.200 cirujanos dentistas, el 28% (5.573) han certificado al menos una especialidad, predominando Endodoncia, Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Rehabilitación Oral e Implantología²¹.

Es en este mismo sentido, que a partir del año 2013 ha existido un aumento de las dotaciones del sector público de salud, que para diciembre del 2019 logra un 49% de crecimiento promedio, debido a las políticas de personas impulsadas por el MINSAL, que corresponden al ingreso de médicos y odontólogos en el ciclo de destinación y formación (EDF), formación de especialistas; mejores remuneraciones y otros beneficios generados por acuerdos gremiales en el período 2015-2016; además de existir una expansión de recursos humanos relacionados a la cartera de inversión en infraestructura de salud del Estado²¹.

Estas medidas adoptadas por el MINSAL tienen como objetivo mejorar la cobertura y el acceso universal a la salud, además de acercarse a la meta fijada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 44,5 profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios para el año 2030; Chile el 2019 obtuvo un 39,6 por 10.000 habitantes²¹.

A pesar de los esfuerzos dispuestos para aumentar la cobertura médica y odontológica, aún no es posible llegar a indicadores óptimos respecto a esta materia y los porcentajes de pacientes inasistentes sigue al alza, por lo anterior, es posible inferir que el aumento de profesionales y especialistas no se refleja en un aumento de horas clínicas suficiente para la demanda observada, generando listas de espera²², las cuáles son un factor importante en la no presentación de los pacientes a sus horas agendadas, ya sea por resolución del cuadro, búsqueda de atención privada, etc.

Estas dificultades de accesibilidad al médico o a la cita, que significan las listas de espera, generan insatisfacción en el paciente, siendo una queja frecuente junto a los cambios injustificados de citas, no atender a las llamadas del paciente, entre otros²³; además, se conduce a una mayor inasistencia y a un riesgo considerable de que el paciente finalmente se presente con un cuadro clínico más costoso, según lo expuesto por Mark Murray²⁴.

5. Factores que influyen en la inasistencia en salud.

De acuerdo con la literatura, son múltiples los factores asociados a inasistencias en citas médicas y odontológicas programadas. Sin embargo, dentro de la escasa literatura es posible observar la repetición de algunos de estos en los diferentes estudios (ver tabla N°1).

Artículo/ Investigación	Autores	Lugar/ Fecha/ Año	Variables universales estudiadas	Variables involucradas con inasistencias
Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud ²¹ .	Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud	Santiago de Chile, 2017.	Edad, sexo, nivel socioeconómico.	Número de odontólogos.
Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile ³ .	Salinas EA, De la Cruz Medías R, Bastías Silva G.	Santiago de Chile, 2014.	Edad.	Distancia a los centros de referencia de salud, número de consultas médicas de especialidad, especialidad de la atención, variables medioambientales (mes de la atención), variables socioeconómicas, recursos de salud.
Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol ⁴ .	Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F.	Pamplona, España, 2015.	Edad, sexo, nivel de estudios, nacionalidad, ocupación, baja laboral.	Tipo de aviso, demora en la asignación de la cita, distancia geográfica, olvido, error administrativo, falló en la comunicación, pendiente de pruebas, insatisfacción, incapacidad física, mejoría, cambio de domicilio, medio de transporte habitual utilizado cuando acude al centro hospitalario, dependencia del paciente, cargas familiares, pluripatología, autopercepción de salud, percepción de ser atendido, frecuencia de citas de consultas externas en el último año, frecuencia de urgencias en los últimos 6 meses, tipo de consulta y especialidad médica de la consulta.
Postponed Dental Appointments Due to Cost Are Associated with Increased Loneliness—Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe ²⁴ .	Walther C, Aarabi G, Valdez R, Spindler K, Heydecke G, Buczak-Stec E, König HH, Hajek A	Alemania, 2021.	Sexo, edad, estado marital.	Costo monetario, presencia de comorbilidades (enfermedades crónicas).
Factores de inasistencia a consulta en pacientes con artritis en la IPS Integral Solutions, Bogotá 2019 ²⁵ .	Camarco Ramos KJ.	Bogotá, Colombia, 2020.	Sexo, edad, estado civil.	Olvido, confusión sobre la fecha/hora de la cita, resolución de los síntomas, creencias de salud, falta y dificultad de transporte, problemas de programación, estado de salud, resistencia a la consulta, frustración con la organización manifestada por largos tiempos de espera, discontinuidad de la atención.
Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major brazilian city: a cross - sectional study ² .	Machado AT, Werneck MA, Lucas SD, Abreu MH	Brasil, 2015.	Edad, sexo.	Tiempo en lista de espera, distrito sanitario de procedencia, especialidad a la que estaba derivado el usuario.
The avoidance and delaying of dental visits in Australia ²⁶ .	Australian Research Centre for Population Oral Health, The University of Adelaide.	South Australia, 2012.	Edad, género, ingresos económicos por año, nivel educacional, hablar un idioma distinto al inglés.	Costo monetario por ir al dentista, apreciación de no gustarles el dentista, ansiedad dental y miedo, inconvenientes de ir al dentista, carecer de tiempo, frecuencia de visitas al dentista.

No shows at public secondary dental care for pediatric patients: a cross-sectional study in a large Brazilian city ⁵ .	Gori M, Nogueira M, Morais F, Calixto F, Nogara J.	Brasil, 2019.	Edad, sexo, escolaridad de la madre del paciente, tipo de residencia, estado civil de la madre del paciente, ingreso per cápita del hogar en el distrito administrativo del centro de atención, tipo de la unidad de salud original.	Tiempo en lista de espera, año de la consulta, participación en programas en la unidad de salud, citas perdidas de atención primaria.
Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones ²⁷ .	Sañudo García S, González Hernández JM, Gamazo Chillón JC, Albillos Fernández ML, Gayubo Pérez P, De Uribe Ladrón de Cegama F.	Valladolid, España, 2003.	Edad, sexo, procedencia o lugar de origen.	Zona de salud de origen de la cita, especialidad, demora para recibir asistencia, día de la semana, hora de cita, registro de la asistencia o inasistencia a la consulta, distancia en Kms desde el domicilio al Hospital, tipo de consulta.
The Roles of Patients' Authenticity and Accepting External Influence, and Clinicians' Treatment Styles in Predicting Patients' Dental Anxiety and Avoidance of Dental Appointments ²⁸ .	Munster Halvari AE, Halvari H, Deci E.	Noruega, 2020.	Edad, género, trabajo por ingresos (horas semanales), educación (más alto completado).	Autenticidad, aceptación de influencias externas, ansiedad dental, evitar citas con el dentista, problemas con la economía personal.
Determinants of postponed dental visits due to cost: Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Germany ²⁹ .	Aarabi G, Valdez R, Spinler K, Walther C, Seedorf U, Heydecke G, König H, Hajek A.	Alemania, 2019.	Edad, estado civil, ingreso económico, nivel de educación.	Salud autopercebida, morbilidad.
Avoidance of dental appointment due to cost and consequences for oral health-related quality of life: 25-yr follow-up of Swedish adults ³⁰ .	Nordrehaug Åstrøm A, Atle Lie S, Mastrovito B, Sannevik J.	Noruega, 2021.	Edad, país de nacimiento, nivel educacional, estatus de trabajo, estado civil, atención pública, atención privada.	Evitar cita dental debido al costo, percepción de salud.
Evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de Pasacaballos en el año 2014 ³¹ .	Cifuentes Califa LM, Mendoza Narváez H, Ortiz Martínez SM	Cartagena de Indias, Colombia, 2014.	Edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de educación.	Olvido de la cita, falta de interés, época de invierno, robo o pérdida del carnet de citas, enfermedad del menor, necesidad de viajar a otra ciudad.

Missed appointments at a University Hospital in Eastern Saudi Arabia: Magnitude and association factors ³² .	Nour El-Din M, Al-Shakhs F, Al-Oudah S.	Egipto, 2008.	Edad, nacionalidad, estado civil, empleo, nivel educativo, ciudad de residencia.	Número de enfermedades, ingreso hospitalario previo, estado de salud percibido por uno mismo, motivo de la visita, duración desde el registro hasta la cita, percepción del paciente de la duración del registro hasta la cita, fuente de la derivación, día de la semana, dolor, necesidad percibida de atención de urgencia en el momento de la visita, intervalo de tiempo promedio entre las visitas, satisfacción con los servicios y sistema de citas, uso de medicamentos, compromisos de trabajo.
Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras ¹⁸ .	Guerrero MA, Gorgemans S.	España, 2008.	Edad, sexo, centro de procedencia.	Tipo de consulta, horario, día de la semana, servicio de especialidad, tiempo de demora.
¿Cuáles son los factores que elevan los porcentajes de inasistencia a la consulta médico programada y de especialistas en la IPS Interconsultas S.A.S durante el primer trimestre 2017? ³³ .	Castrillon Restrepo A, Grisales Valencia D, Londoño Posada J, Rua Reinosas L.	Colombia, 2017.	Edad, género, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos.	Razones de olvido, razones laborales, distribución de números de consultas, oportunidad de asignación de la cita con especialista.
Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa ³⁴ .	Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J.	Santiago de Chile, 2013.	Género, etnia, posición socioeconómica, ingresos, ocupación, escolaridad.	Costo de medicamentos, costo de consultas médicas, costo de exámenes, temor o vergüenza a la atención, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, estigma social, creencias y mitos, horarios de atención inadecuados, distancias largas entre residencia de usuarios y lugar de atención, escasez y dificultad de transporte, largas listas y tiempos de espera, costos del traslado al centro de atención, percepción de la atención como impersonal y de mala calidad, falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios, sensación de bienestar que lleva a dejar el tratamiento y controles, escasez de recursos, horas de atención, escasez de información.
Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España ³⁵ .	Pereira-Victorio C, Vázquez-Molinero A, Lizán-García M, Gómez Guardiola JL, González López-Valcárcel B.	España, 2016.	Edad, sexo, hospital, residencia.	Desconocimiento de la cita, doble cita, cancelaron su cita previamente sin ser retirados del registro de consulta y cita, olvido de la cita, imprevistos, recuperación de la enfermedad antes de la cita, viaje, turno de la cita, área / servicio, día de la semana.
Pacientes que no acuden a consulta: Características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones ²⁷ .	Sañudo García S, González Hernández JM, Gamazo Chillón JC, Albillos Fernández ML, Gayubo Pérez P, Uribe Ladrón de Cegama F.	Valladolid, 1998.	Edad, sexo, procedencia.	Tipo de consulta, distancia de pacientes rurales, horario, distribución horaria, día de la semana, especialidad.

Factores institucionales y de los pacientes que generan inasistencia a las citas de medicina general policlínica Dr. Joaquín J. Vallarino ³⁶ .	Quintero VE.	Panamá, 2009.	Edad, sexo, escolaridad.	Olvido de la cita, capacidad física, apoyo por parte de un familiar, horario de trabajo que coincide con la hora de la cita, permiso en el trabajo para acudir a la cita, solvencia económica para trasladarse a la clínica, condiciones especiales de salud, falta de coincidencia de la cita en el cupo con la registrada en la agenda, cita cancelada por tardanza, médico no deseado, error en la asignación del consultorio del médico tratante, citas en un mismo día.
---	--------------	---------------	--------------------------	--

Tabla N°1: *Factores que influyen en la inasistencia en atención en salud.*

MARCO CONTEXTUAL

1. Hospital de Quilpué.

El Hospital de Quilpué corresponde a un recinto hospitalario de alta complejidad perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, se encuentra ubicado en la ciudad de Quilpué, Región de Valparaíso. En la actualidad, desempeña un rol importante en la Red asistencial de la provincia de Marga-Marga, entregando atención a 394.470 habitantes³⁷; con un total de 166 camas³⁸.

A. Historia del Hospital de Quilpué.

En sus comienzos, el Hospital fue construido para ser casa de reposo de la comuna de Quilpué; posteriormente fue empleado como “Posta de primeros auxilios” con dos auxiliares de enfermería por turno y con médico de llamada³⁹. El Hospital de Quilpué fue inaugurado el 15 de junio de 1964, entrando en funcionamiento inmediato para proveer atención a una población de 40.000 habitantes; a finales de ese mismo año ingresan las primeras enfermeras universitarias, abriéndose a la comunidad el Servicio de Cirugía Menor³⁴.

B. Misión y Visión del Hospital de Quilpué.

La misión del Hospital de Quilpué, como institución pública de alta complejidad perteneciente a la provincia del Marga-Marga, corresponde a contribuir a la recuperación, rehabilitación y sustentabilidad de la salud, entregando una atención segura con un carácter asistencial docente, en el marco de un trabajo en red, con funcionarios comprometidos con la satisfacción usuaria y que promueve la participación ciudadana³⁹.

Mientras que la visión corresponde a “ser un establecimiento de salud resolutivo, confiable, reconocido por la comunidad por entregar una atención de excelencia en lo técnico y en lo humano”³⁹.

- Organigrama Hospital de Quilpué³⁹. Es posible apreciar la organización del Hospital de Quilpué en la figura N°3 a continuación.

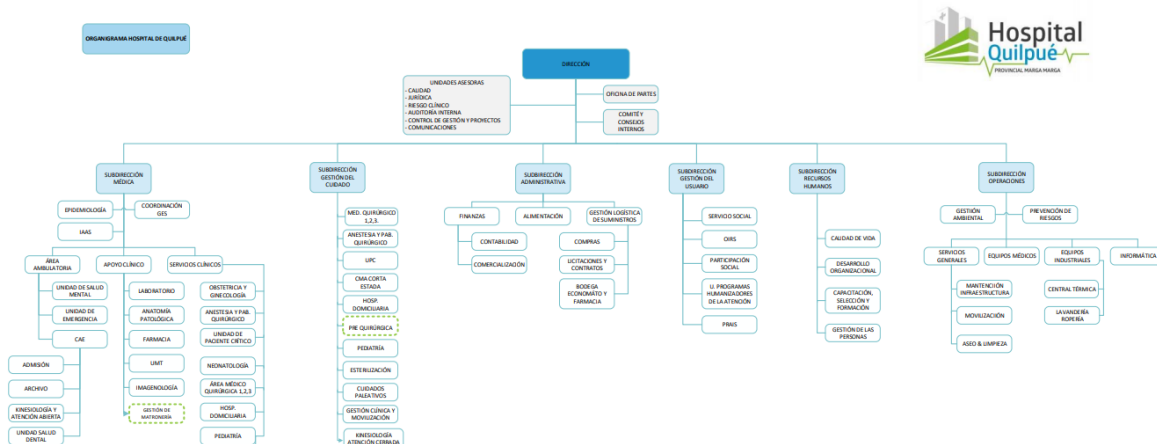


Figura N°3: Organigrama Hospital de Quilpué.

C. Marco territorial.

La provincia de Marga Marga a la cual pertenecen los usuarios y usuarias del Hospital de Quilpué, presenta una superficie total de 1.159 kilómetros cuadrados y su capital corresponde a la ciudad de Quilpué^{40,41}.

Esta provincia se encuentra ubicada en el centro de la Región de Valparaíso, con proximidad a las costas de la provincia de Valparaíso, siendo ésta también su límite territorial por el este y la provincia de Quillota por el norte⁴¹.

D. Población específica.

Los usuarios del Hospital de Quilpué corresponden a aquellos pertenecientes a la provincia del Marga Marga, provincia de la Región de Valparaíso creada en 2009 y comprendida actualmente por 4 comunas, correspondientes a Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué⁴⁰. De acuerdo con el CENSO del 2017, esta comuna presenta una población total de 341.893 habitantes⁴⁰. El detalle del total de habitantes por comuna se encuentra en la Tabla N°2⁴⁰:

Comuna	Habitantes	Porcentaje de la población en la provincia	Porcentaje de la población en la región	Porcentaje de la población en la nacional
Quilpué	151.708	44,4%	8,4%	0,9%

Villa Alemana	126.548	37,0%	7,0%	0,7%
Limache	46.121	13,5%	2,5%	0,3%
Olmué	17.516	5,1%	1,0%	0,1%
Total	341.893	100,0%	18,9%	2%

Tabla N°2: Total de habitantes por comunas de la Provincia de Marga- Marga.

De acuerdo con la plataforma Redatam®⁴², la población de la provincia es relativamente equitativa, ya que los hombres conforman el 47,5% de la población versus un 52,5% correspondiente a las mujeres. De esta misma población, aquellas personas entre los 15 años y los 64 años conforman el 66,7%, mientras que la población de 65 años o más conforma el 14% de la población.

De acuerdo con la información laboral recolectada durante el CENSO 2017, el 50,8% de la población declaró haber trabajado la semana previa a esta encuesta. En cuanto a los años de escolaridad, un 26,6% declaró poseer 12 años de escolaridad, siendo este el número de años con mayor porcentaje⁴².

De las comunas de la provincia, Quilpué y Villa Alemana conforman corresponden al territorio más urbanizado, debido a la presencia de numerosos locales comerciales y servicios orientados tanto a la población activa como a la tercera edad. Por otro lado, Limache y Olmué conforman el territorio más rural de la zona, donde se llevan a cabo actividades más de carácter agrícola, turística, deportivas y otras relacionadas al cuidado del medio ambiente^{43,27}.

En un contexto más específico en salud, la población objetivo del Hospital de Quilpué corresponde a todos aquellos pacientes agudos, inestables hemodinámicamente, con requerimiento de apoyo vital tecnológico, o estables que requieren de controles especializados, siempre y cuando sean beneficiarios de la Microred Marga-Marga del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

E. Prestaciones del Hospital de Quilpué y del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital de Quilpué.

De acuerdo con la capacidad de sus instalaciones y su presupuesto, el Hospital de Quilpué entrega una variedad de prestaciones para la atención y satisfacción de sus usuarios, todo bajo el marco de atención integral del sistema de salud en Chile⁴⁴.

El Hospital de Quilpué cuenta con servicios clínicos de Pediatría, Neonatología, Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Paciente Crítico (U.P.C.), Hospitalización domiciliaria, Unidad de Emergencia y Consultorio Adosado de Especialidades. También cuenta con unidades de apoyo clínico, que corresponden a Laboratorio, Anatomía Patológica, Imagenología, Unidad de Medicina Transfusional, Unidad de Pabellones, Farmacia y Esterilización⁴⁴.

En específico, el servicio clínico correspondiente al Consultorio Adosado de Especialidades de Quilpué cuenta con servicios de Unidad de Salud Mental, Unidad de Salud Dental, Kinesiología y atención abierta⁴⁴.

Durante el 2019 se realizaron 97.814 atenciones, de las cuales 63.488 corresponden a atención profesional médico, 21.108 a atención profesional no médico y 13.218 procedimientos⁴⁵; mientras que, al año siguiente, durante el contexto de pandemia, hubo 56.199 atenciones en total³⁷.

F. Población objetivo CAE.

El CAE, como parte del Hospital de Quilpué, atiende a la población de Quilpué y Villa Alemana. Si bien, no posee una población directa inscrita, presta servicio a las derivaciones que son realizadas desde la APS de ambas comunas.

De acuerdo con el boletín estadístico de FONASA, para el año 2017 a 2018, la población inscrita en APS para las comunas beneficiarias del CAE de Quilpué es de 214.956 personas (ver tabla N°3)⁴⁶:

Comuna	Hombres	Mujeres	Sin datos	Población total
Quilpué	55.239	66.607	147	121.993

Villa alemana	41.591	51.336	36	92.963
Población total	96.830	117.943	183	214.956

Tabla N°3: Población inscrita a nivel de APS, según FONASA para el año 2018 ⁴⁶.

G. Unidad de salud dental.

La Unidad de Salud Dental o Servicio Dental forma parte del Consultorio Adosado de Especialidad del Hospital de Quilpué. En esta área se prestan servicios de nivel secundario y terciario⁴⁷.

Respecto al personal de este servicio, está compuesto por un total de diecinueve personas, doce odontólogos (de los cuales uno es el jefe de servicio) y siete técnicos en odontología⁴⁷.

El objetivo de este servicio, así como el de su personal, es buscar solucionar las diferentes patologías orales de los beneficiarios asignados a este servicio en forma eficaz y eficiente, brindando una atención de calidad y de buen trato al usuario. Todo esto en un contexto de competencia y conocimientos específicos de los profesionales especialistas con los diferentes recursos que han sido destinados para ello⁴⁷.

a) Organigrama Unidad de Salud Dental.

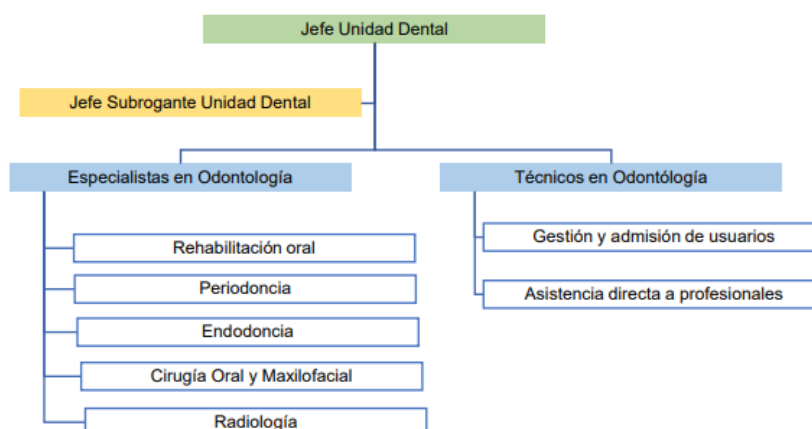


Figura N°4: Organigrama de la Unidad de Salud Dental del Hospital de Quilpué⁴⁷.

La Unidad Dental del CAE tiene como jefa a la Dra. Carolina Carlo y esta se encarga de programar, planificar, ejecutar y evaluar la atención dental de especialidad, atención de funcionarios y sus cargas familiares en conformidad con los programas y normas establecidas del Servicio Dental⁴⁷.

Como jefa subrogante de la Unidad se encuentra la Dra. María Fernanda Ortiz y su rol es estar a cargo en caso de ausencia o imposibilidad de cumplimiento de funciones por parte de la jefatura principal. En caso de ausencia o imposibilidad del cumplimiento de sus funciones queda a cargo la Dra. María Fernanda Ortiz, quien además se desempeña como odontóloga en el servicio⁴⁷.

Cabe destacar que, la Unidad de Salud Dental organiza a sus pacientes y sus datos bajo el Sistema de Información de Redes Asistenciales (SIDRA)⁴⁷.

b) Especialidades Unidad de Salud Dental.

El servicio de la Unidad de Salud Dental del CAE presenta las siguientes especialidades⁴⁷: Endodoncia, Radiología, Cirugía Oral y Maxilofacial, Periodoncia, Rehabilitación Oral e Implantología.

c) Prestaciones según especialidad de la Unidad de Salud Dental⁴⁷.

- Rehabilitación Oral: En el área de Prótesis Removible se realizan desde prótesis totales, parciales, acrílicas, metálicas hasta implantomucosoportadas. Mientras que en el área de Prótesis fija se realizan prótesis periféricas o totales, ya sea, en dientes vitales, desvitalizados (pudiendo ser sobre poste de fibra o perno muñón colado) y sobre implantes.
- Periodoncia e implantología: Tratamiento periodontal, frenectomías, gingivectomías, cirugía de implantes, cirugía apical.
- Cirugía Oral y Maxilofacial: Cirugías complejas de terceros molares, biopsias, excéresis, cirugía de implantes, regularizaciones de reborde óseo, frenectomías.
- Endodoncia en premolares y molares.

- Radiología.

2. Contexto social y sanitario (2020 - 2021).

En Chile, a fines del 2019, hubo una serie de protestas y manifestaciones que desencadenaron en la crisis denominada “estallido social”⁴⁸; esta crisis surge a partir de múltiples carencias y desigualdades acumuladas en el país desde la dictadura cívico-militar, en las cuales se destaca la falta de acceso en salud y/o elevados precios para la población general. Lo anterior tiene origen en el sistema económico implantado en aquella época, el cual fue aceptado durante el período de transición y finalmente ratificado en democracia; este ha aumentado la brecha socioeconómica entre los sujetos de menores y mayores ingresos, tal como se ejemplifica en que un obrero gane menos de U\$ 400 al mes versus el jefe o superior que puede ganar 10-15 veces ese monto. Finalmente, el contexto nacional se manifestó en un descontento generalizado de la población, el cual ha llevado a cuestionar el actual modelo económico/social que incide sobre el acceso y calidad de los servicios de salud.

Meses después otra crisis sacudió al país y al mundo, la pandemia por el virus SARS-COV 2, la cual tuvo múltiples consecuencias a nivel global, como lo fue la recesión económica producto de la caída de la producción como consecuencia del confinamiento⁴⁹. La pandemia del COVID-19 afectó el comercio internacional, el cual se había debilitado posteriormente a la crisis financiera de 2008-2009; las actividades productivas se vieron interrumpidas y según lo expuesto por el Banco Mundial, el 2020 el producto mundial registró su mayor contracción desde la Segunda Guerra Mundial^{50,51}. En Chile, el producto interno bruto (PIB) se contrajo en 6% durante el confinamiento⁵⁰, durante el segundo trimestre del 2020 hubo una caída del 14%⁵⁰ y hacia finales de ese mismo año hubo una recuperación parcial⁵², cabe destacar que esta contracción fue menos pronunciada que en otros países de la región⁵³.

Otra área que se vio afectada fue el Sistema de Salud, el brote sanitario obligó una reorganización de la actividad hospitalaria y atención primaria, aumentando la oferta de recursos dirigidos a los pacientes con patologías respiratorias, además hubo un

descenso en la demanda de atención, posiblemente debido al miedo a contagiarse y por la adherencia a las instrucciones de las autoridades sanitarias; esta reorganización sumada a la disminución de las prestaciones de salud significó un descenso en la producción de cirugías electivas, en la producción de consultas de especialidad y de las prestaciones incluidas en garantías GES⁵³. En el caso específico del Hospital de Quilpué, “la habilitación de mayores espacios hospitalarios de mediana complejidad y de Pacientes Críticos, sumado a la suspensión de cirugías ambulatorias y electivas, significó una disminución de los egresos hospitalarios y un aumento en la complejidad de la atención”; este descenso en el número de egresos se evidencia al comparar las cifras, donde en el año 2018 hubo un total de 7.526 egresos hospitalarios frente a los 6.106 del año 2020³⁷.

Otra consecuencia fue el “exceso de mortalidad”⁵³, el cual permite estudiar el efecto en la mortalidad secundario al brote de virus SARS-COV 2, ya sea por el virus antes mencionado o por otras razones; este cálculo hace una comparación con respecto a las mismas semanas epidemiológicas de años anteriores⁵³; para el período comprendido entre enero-julio 2020 se estima un exceso de mortalidad de un 21% con respecto a los 4 años anteriores. Según la información entregada por el DEIS del Ministerio de Salud de Chile, durante el 2021 hubo un total de 22.347 defunciones con causa de defunción de COVID-19 confirmado, de las cuales 16.414 corresponden a defunciones ocurridas entre enero-junio de ese mismo año; los meses con más defunciones corresponden al mes de junio con 3.429, abril con 3.109 y mayo con 2.986⁵⁴.

OBJETIVOS

Pregunta de Investigación: ¿Qué factores, de los descritos en la literatura, influyen en la alta inasistencia de los usuarios y las usuarias a citas de especialidades odontológicas del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué, entre enero y junio del año 2021?

Objetivo General: Determinar qué factores relatados en la literatura están involucrados con la inasistencia a horas clínicas odontológicas programadas en los usuarios/as adultos/as de diversas especialidades odontológicas del CAE reportados como NSP del Hospital de Quilpué, durante el período de enero a junio del año 2021.

Objetivo Específico:

1. Identificar y determinar la frecuencia de los factores relatados en la literatura sobre la no presentación a horas clínicas odontológicas programadas que afectan a los usuarios/as adultos/as reportados como NSP del CAE del Hospital de Quilpué, durante enero-junio 2021

Hipótesis: Dado que se trata de un estudio de tipo observacional, la formulación de hipótesis no aplica.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo observacional transversal, del tipo serie de casos.

La población objetivo correspondió a todos los pacientes del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital de Quilpué durante el periodo de enero a junio del año 2021.

Para acceder a esta población, se envió una carta a la jefa del CAE del Hospital de Quilpué, solicitando su permiso para realizar la investigación, previa aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Universidad de Valparaíso. Una vez autorizada por parte de la jefa del CAE, se solicitó una base de datos de los usuarios y usuarias registrados en el CAE que se atienden, específicamente, en el área de Odontología y que contaban con registros de inasistencias entre enero y junio del año 2021.

A partir de la información entregada por parte del CAE respecto a la población del Hospital de Quilpué a través de la base de datos de la plataforma *TrackCare®*, “*N*” correspondió a 539 sujetos registrados como No se presenta (NSP) durante el período de enero a junio del 2021; “*e*” se determinó en un 4%; “*p*” correspondió a un 15,7%; “*q*” corresponde a un 84,3%. Tanto el valor de “*p*” como de “*q*”, se calcularon en base a registros del CAE del Hospital de Quilpué, donde “*p*” equivale a la prevalencia de los sujetos registrados como NSP en las especialidades odontológicas del CAE del Hospital de Quilpué y “*q*” equivale a los sujetos que si se presentan.

Al calcular, se obtuvo un total de 72 sujetos necesarios para llevar a cabo el estudio. Sin embargo, se consideró necesario estimar posibles pérdidas de estos por diversas razones como la pérdida de información de contacto, abandono durante la aplicación de la encuesta, no respuesta, etcétera. Para compensarlo, se realizó un ajuste de pérdidas al resultado obtenido previamente, por lo que, el tamaño muestral ajustado resultó en un total de 79 sujetos necesarios para llevar a cabo la investigación. Estos fueron extraídos a través de un muestreo aleatorio simple

mediante el programa *Research Randomizer*®, desde la base de datos de *TrackCare*® entregada por el CAE del Hospital de Quilpué.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Tener 18 años cumplidos o más.
- Ser usuario o usuaria del servicio de la Unidad de Salud Dental del CAE del Hospital de Quilpué.
- Estar registrado como NSP en la base de datos (*TrackCare*®) durante el período de enero-junio 2021.
- Contar con datos de contacto telefónico vigente.
- Consentir telefónicamente a participar en el estudio.

Para efectos del estudio, se consideró como pacientes NSP a aquellos que se les canceló la cita por atraso, a los que llamaron para cancelar su citación y los que no se presentaron, durante el periodo de enero a junio del 2021.

Con respecto a los criterios de exclusión, se excluyeron todos los sujetos clasificados como NSP que al momento de aplicar la encuesta se retractaron de dar información durante o al finalizar esta misma, además de aquellos NSP menores de edad.

Como se mencionó anteriormente, se utilizó el programa *Research Randomize*® para la aplicación del muestreo aleatorio simple y posterior extracción de la muestra desde la base de datos *TrackCare*® de los sujetos NSP del Servicio Dental, entregada por el CAE del Hospital de Quilpué; de los 539 sujetos registrados como NSP durante el período de enero a junio del 2021, se extrajo un total 164 sujetos, los que fueron contactados para la recolección de datos durante un período de 12 días

El proceso de recolección de datos y aplicación del consentimiento informado se realizó de manera simultánea y por vía telefónica. El primer día se entregaron 15 números telefónicos para ser contactados por los encuestadores, de los cuales sólo

10 sujetos accedieron a participar. El segundo día se extrajo un grupo de 35 sujetos, donde 7 corresponden a menores de edad, por lo que, se descartaron inmediatamente de la investigación y del resto, 27 sujetos, sólo 13 accedieron a participar. El tercer día se extrajo un grupo de 100 sujetos, a los cuales se les contactó en un período de 7 días, debido a que no se obtuvo respuesta por parte de algunos y otros decidieron postergar el momento para aplicar la encuesta. De estos, 5 se descartaron ya que eran menores de edad y sólo 49 accedieron a participar. Finalmente, al décimo día se extrajo un total de 14 sujetos, quienes fueron contactados en un período de 3 días, donde 6 sujetos accedieron a participar, completando así el total de la muestra evaluada, es decir, 79 sujetos voluntarios (nivel de confianza 95%, prevalencia 15,7%, error del 4% y considerando una pérdida del 10%).

Para ejecutar el estudio, se realizó la validación de una ficha de recolección de datos en un total de 3 etapas basado según lo postulado en la evidencia pertinente, específicamente en el *Método Prospectivo Delphi*⁵⁵; en las cuales se realizó una “Fase exploratoria” en la cual se seleccionó una serie de variables, las cuales fueron evaluadas por un comité de expertos hasta lograr un consenso entre ellos. Una vez logrado esto, se realizó una “Fase analítica”, en la que se creó una serie de preguntas, que también fueron evaluadas individualmente (mediante una escala tipo Likert) por el mismo comité de expertos y que, al ser aprobadas en base a un análisis cuantitativo, fueron aplicadas durante la última etapa de “Prueba piloto” (ver Anexo N°1).

Este instrumento y fue adaptado a la realidad y objetivos que se buscaban lograr en esta investigación. La metodología aplicada permitió lograr una validación de contenido para obtener los datos necesarios para el desarrollo de la investigación, además de cumplir con la fiabilidad adecuada, la que se calculó mediante la prueba estadística “Alfa de Cronbach”⁵⁶, obteniendo durante la prueba piloto, un valor de 0,7734, lo que es considerado como una fiabilidad aceptable.

La ficha de recolección de datos (ver Tabla N°4) consistió en 30 preguntas dicotómicas sobre las variables: “Gasto de bolsillo”, “Contexto pandemia COVID-

19”, “Percepción de falta de necesidad”, “Dificultad de transporte”, “Dificultades por trabajo”, “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo”, “Olvido de citación por parte del paciente”, “Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada” e “Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica”. Durante la aplicación de la encuesta, se determinó que para aquellas preguntas asociadas a la variable “Gasto de bolsillo” se aplicaría en primera instancia la pregunta “¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado con la atención?”, con el fin de determinar de manera preliminar si dicha variable influyó en su inasistencia o no. De esta forma, si el sujeto respondía afirmativamente, se le aplicaría el resto de las preguntas asociadas a esta variable para indagar de manera más específica el motivo de su inasistencia. En cambio, si el sujeto respondía negativamente, se continuaba con las preguntas asociadas a las siguientes variables.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Pregunta
"Edad"	Cuantitativa discreta.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento, en años cumplidos a la fecha de medición.	Información obtenida a partir de la ficha clínica y/o base de datos TrakCare®.	Número de años cumplidos, a partir de los 18 años cumplidos.	No aplica.
"Sexo"	Cualitativa nominal dicotómica.	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.	Información obtenida a partir de la ficha clínica y/o base de datos TrakCare®.	1. Femenino. 2. Masculino.	No aplica.
"Sistema de aseguramiento en salud"	Cualitativa nominal dicotómica.	Procedimiento a través del cual una persona se incorpora al sistema de salud privado y público.	Información obtenida a partir de la ficha clínica y/o base de datos TrakCare®.	1. FONASA. 1.A. 2. B. 3. C. 4. D. 2. ISAPRE. 3. PRAIS.	No aplica.
"Categoría de consulta inasistente"	Cualitativa nominal dicotómica.	Todas aquellas consultas que deben ser registradas en todas las oportunidades en que el paciente no concurre a la consulta de especialidad, existiendo una citación previa.	Información obtenida a partir de la ficha clínica y/o base de datos TrakCare®.	1. Consulta nueva. 2. Consulta repetida.	No aplica.
"Especialidad odontológica de la cita inasistente" ⁵⁷	Cualitativa nominal politómica.	Todas aquellas especialidades odontológicas reconocidas en Chile por el Ministerio y la Superintendencia de Salud, el Ministerio de Educación y de Justicia, a través de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Odontológicas.	Información obtenida a partir de la ficha clínica y/o base de datos TrakCare®.	- Prótesis removible – HQPE. - Periodoncia – HQPE. - Cirugía bucal y maxilofacial - HQPE. - Endodoncia – HQPE. - Prótesis fija – HQPE.	No aplica.

				- Implantología HQPE. - Funcionarios HQPE.	
"Gasto de Bolsillo"	Cualitativa nominal dicotómica.	Pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud.	Rango en la cantidad de dinero gastado directamente por los usuarios pertenecientes al CAE.	1. Si. 2. No.	- ¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado a la atención?
					- ¿Usted dejó de asistir a su hora odontológica por no poder pagar sus prestaciones de salud?
					- ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?
					- ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su corona dental?
					- ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su prótesis dental?
					- ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus medicamentos?
					- ¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para pagar la movilización al centro de salud?
"Contexto pandemia COVID - 19"	Cualitativa nominal dicotómica.	"Pandemia actual generada por el virus SARS-CoV-2" ⁵⁸ .	Percepción del usuario o usuaria respecto a la influencia de la pandemia mundial por COVID - 19 en la inasistencia a horas clínicas odontológicas programadas.	1. Si. 2. No.	- ¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?
"Percepción de falta de	Cualitativa nominal dicotómica.	Valoración que otorga un individuo a sus problemas	Percepción del usuario o usuaria respecto a la	1. Si. 2. No.	- ¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro

necesidad ⁵⁹⁻⁶¹ .		de salud en un contexto sociocultural específico.	necesidad de consultar y realizar un tratamiento dental.		establecimiento de salud?
					- ¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?
					- ¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?
"Dificultad de transporte"	Cualitativa nominal dicotómica.	Barrera de acceso de tipo económico relacionadas con la imposibilidad de pagar el medio de transporte utilizado para el desplazamiento desde el hogar hasta el centro médico y viceversa.	Problema manifestado por el usuario o usuaria relacionado al transporte de sí mismo hasta el CAE del Hospital de Quilpué.	1. Si. 2. No.	- ¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?
"Dificultad por trabajo" ^{62,63} .		Falta de conciliación entre el trabajador y su empleador para poder solicitar y aprobar permisos de asistencia para que el trabajador se atienda en centros de salud.	Apreciación del usuario o usuaria con respecto a las dificultades que genera su trabajo para asistir a las citas programadas con el CAE.	1. Si. 2. No.	- ¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?
					- ¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?
					- ¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?
"Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo" ^{64,65} .	Cualitativa nominal dicotómica.	Cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio y que dificulta la asistencia a centros de salud. Incluye aquellas personas que brindan apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus	Enfermedad o patología declarada por el usuario, usuaria o un tercero a cargo que impidió que asistiera a la consulta odontológica agendada.	1. Si. 2. No.	- ¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?
					- ¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?
					- ¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?

		necesidades fisiológicas.			
"Olvido por parte del paciente" ^{36,63} .	Cualitativa nominal dicotómica.	Falta de memoria sobre un cupo para atención médica.	Manifestación del usuario respecto a su dificultad para recordar sus citas médicas y odontológicas.		<ul style="list-style-type: none"> - ¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal? - ¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?
"Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada" ⁶³ .	Cualitativa nominal dicotómica.	Coincidencia de cupo para atención de varios servicios el mismo día.	Priorización manifestada por el usuario respecto a la importancia de asistir a una cita médica en lugar de una odontológica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica? - ¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?
"Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica" ⁶⁶ .	Cualitativa nominal dicotómica.	Situaciones no previstas en la cual los pacientes se ven forzados a reprogramar o no asistir a su cita.	Situación imprevista del paciente que impidió su asistencia a la cita odontológica programada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente? - ¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano? - ¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?

Tabla N° 4: Preguntas que componen la ficha de recolección de datos, según variable.

A partir de la ficha de recolección de datos, se creó un formulario tipo “*Google Forms*”®, para ser utilizado durante la aplicación de esta misma. Este formulario contenía la totalidad de las preguntas separadas según la variable y, además, contenía una casilla para registrar un número de ficha por cada paciente encuestado. De esta forma, en la base de datos final generada por dicha plataforma, los sujetos estaban codificados según el individuo que lo entrevistó (OAL-F, PFV o KPG) y en orden correlativo, de manera de evitar individualizar las encuestas durante el estudio.

Para aplicar la ficha de recolección de datos, los sujetos seleccionados fueron contactados vía telefónica previamente por la secretaria del servicio de Odontología del CAE, quien los invitaba a participar en el estudio. Si el sujeto aceptaba, se le indicaba quién, de los tres encuestadores, estaba a cargo de realizar su encuesta y además se le indicaba el día y la hora en que este sería contactado para llenar la ficha de recolección de datos.

Previo a la recolección de datos, fue necesario realizar una estandarización y calibración de los encuestadores, para que todos los participantes del estudio recibieran la misma información al momento de la recolección de datos. Para esto, los encuestadores contaban con un guion que contenía un saludo y contextualización para informar al paciente la razón del llamado y luego, se procedía a leer el consentimiento informado. Si el paciente asentía, se procedía a aplicar la ficha de recolección de datos sin alteraciones, sin preguntas adicionales ni ejemplos adicionales; exceptuando el caso de la pregunta “*¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?*”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo”, debido a que durante el proceso de validación de la ficha de recolección de datos, específicamente en la fase pilotaje, surgieron dudas por parte de los encuestados, por lo que, se determinó que los ejemplos para dicha pregunta serían los siguientes: pasta dental, cepillo de dientes, seda o hilo dental. Además, los encuestadores consensuaron que en el caso de que el sujeto seleccionado fuera una persona incapacitada para responder la encuesta por sí sola, este debía indagar si existía

algún tutor a cargo que pudiera responder en su nombre, tanto el consentimiento informado como la ficha de recolección de datos; en el caso de que no existiera un tutor, el encuestador debía agradecer por el tiempo y finalizar la llamada.

El análisis de datos se realizó a través del programa *Microsoft Excel® 2016 Office 365*. A partir de la extracción de la muestra se realizó un cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de los pacientes según las categorías “Sí, desea participar”, “No, desearon participar”, “No disponible” y “Menor de edad”; a partir de estos resultados se realizó un gráfico de torta.

Se calculó la frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas “Sexo”, “Sistema de aseguramiento en salud”, “Categoría de cita inasistente”, “Especialidad odontológica de la cita ausente”, “Contexto pandemia COVID - 19”, “Gasto de bolsillo”, “Dificultad de transporte”, “Dificultad por trabajo”, “Percepción de falta de necesidad”, “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero”, “Olvido por parte del paciente” e “Imprevistos del paciente previos a la atención odontológica”. Este análisis permitió identificar la distribución de los participantes principalmente para las variables “Sexo”, “Sistema de aseguramiento en salud”, “Categoría de cita inasistente”, “Especialidad odontológica de la cita ausente”; para luego realizar una tabla con la información y un gráfico de torta por pregunta.

En relación con las variables cualitativas indicadas por la muestra extraída como motivo de inasistencia a su cita y/o citas programadas, además de realizar el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas anteriormente mencionadas, se jerarquizaron desde la más prevalente a la menos prevalente. Esto se realizó a partir de las frecuencias absolutas de las respuestas afirmativas obtenidas por pregunta de los 79 encuestados, mediante la agrupación de éstas según la variable a la que tributaban. A partir de esta agrupación, se calculó el promedio de las frecuencias absolutas de las respuestas afirmativas de cada variable, transformándose en dimensiones. Finalmente, para lograr la jerarquización se calculó el porcentaje de cada dimensión, generando un gráfico de barras con los resultados obtenidos.

En cuanto a la variable cuantitativa “*Edad*”, se calculó mediante el programa *Microsoft Excel® 2016 Office 365*, se aplicaron los cálculos de moda, mediana, promedio, desviación estándar, mínima y máxima.

En relación con las consideraciones éticas, dado que este estudio es transversal, los datos fueron recolectados una sola vez vía telefónica previa aplicación del consentimiento informado aplicado por esta misma vía (consentimiento informado no presencial), leído de manera textual y sin alteraciones. Se cuidó la confidencialidad de la información sensible a través de un integrante del CAE (secretaria del CAE), quién contactó a los sujetos en primera instancia para invitarlos a participar y los encuestadores sólo contaron con el nombre de pila de los sujetos para poder llevar a cabo la encuesta.

Como se señaló antes, las fichas fueron codificadas al momento de ser aplicadas y todos los datos recopilados se traspasaron a papel, eliminando todo registro digital de estas y almacenando aquellos registros físicos, sin haber generado copias previas, en la oficina de Salud Pública ubicada en Subida Carvallo #211, Playa Ancha, Valparaíso, por un período de 5 años.

Dado que no hubo evaluación física ni psicológica de los sujetos, no hubo riesgo de daño físico o psicológico. Ningún paciente manifestó sentirse afectado o agredido durante la encuesta, pero si se sintieran de esta forma posterior a la aplicación de esta, se le informará al CAE para evaluar la necesidad de alguna medida de contención y/o apoyo, como la atención con un profesional de psicología, que para efectos de este estudio se designó a la profesional Daniela Farías Villegas, Psicóloga Clínica mención Organizacional. Los sujetos adultos mayores que tuvieron dificultades para contestar la encuesta producto de su situación cognitiva, pudieron participar a través de su tutor y/o acompañante mayor de edad, aplicándose en estos casos el consentimiento informado telefónico tanto al tutor como al adulto mayor.

Finalmente, los encuestadores fueron individuos independientes del CAE, por lo que, los participantes del estudio no se verán afectados de ninguna manera en sus atenciones futuras. Cabe destacar que, al momento de la aplicación de la encuesta,

se le explicó a los sujetos que su contribución en el estudio era voluntaria y que en ningún caso se les daría un incentivo económico por esto. Además, se les indicó que, al comienzo, durante o al finalizar la encuesta podían retractarse si así lo deseaban y no serían incluidos en el estudio.

RESULTADOS

La extracción de la muestra, a partir de la lista de sujetos usuarios/as NSP del Servicio Dental del CAE del Hospital de Quilpué, se realizó de manera aleatoria por grupos mediante el programa Research Randomizer®, durante un período de 12 días.

En resumen, de los 164 sujetos NSP contactados del Hospital de Quilpué, un 7,32% (12 sujetos) fueron excluidos por ser menores de edad, un 21,95% respondió negativamente y un 22,56% no pudo ser contactado por tener un número de teléfono inexistente o mantener el teléfono apagado durante el desarrollo de la recolección de datos, por lo que, se les clasificó como “No disponible”. Finalmente, sólo un 48,17% de los sujetos seleccionados al azar para participar en la investigación desearon ser voluntarios, conformando con ellos el total de la muestra evaluada. El detalle de los resultados se puede observar en el figura N°5.

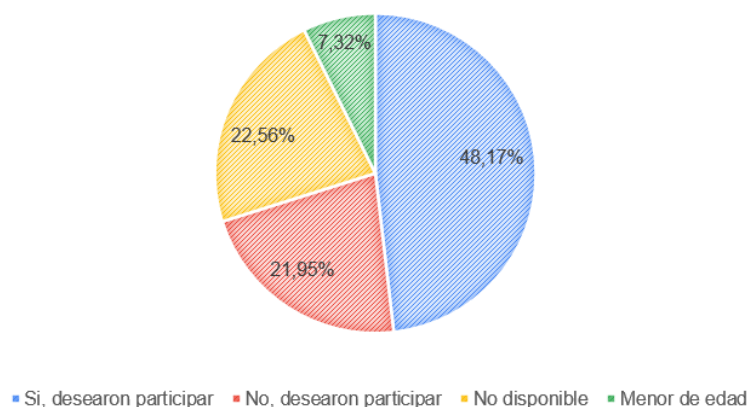


Figura N°5: *Distribución de sujetos de la muestra extraída para el estudio (n= 164 sujetos NSP).*

Cabe mencionar que, de los 79 sujetos que accedieron a participar, un 3,7% participó con apoyo de su tutor o tutora, debido a que por sí solos no podía responder la ficha de recolección de datos.

- Descripción de la muestra:

En la tabla N°5 de distribución de la muestra, según variable “Sexo”, es posible apreciar que del total de ésta (n= 79 sujetos), el 73,4% de los sujetos llamados

telefónicamente correspondían al sexo “Femenino”, mientras que un 26,6% pertenecían al sexo “Masculino”, según la información obtenida del “TrackCare”® del Hospital de Quilpué.

Variable “Sexo”	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Femenino	58	73,4%
Masculino	21	26,6%
Total	79	100,0%

Tabla N°5: Distribución de la muestra, según variable “Sexo” (n= 79 sujetos NSP).

Con respecto a la edad, el promedio de la muestra fue de 46 años (DE= 17,5 años) con una edad mínima de 18 años y máxima de 89 años. Su moda y mediana fue de 29 y 44 años respectivamente.

En cuanto al sistema de aseguramiento en salud, según TrackCare® un sólo sujeto (1,27%) pertenecía a un sistema de aseguramiento de salud privado, correspondiente a la ISAPRE CONSALUD. Otro pertenecía exclusivamente al PRAIS (1,27%). El 97,47% de los encuestados pertenece a algún grupo del Fondo Nacional de Salud (FONASA). A su vez, en los pertenecientes a FONASA, el 24,05% pertenece al grupo A, el 43,04% al grupo B, 1,27% al B con beneficio PRAIS, 13,92% al C y 15,19% pertenece al grupo D. Lo anterior se puede revisar en detalle en el figura N°6.

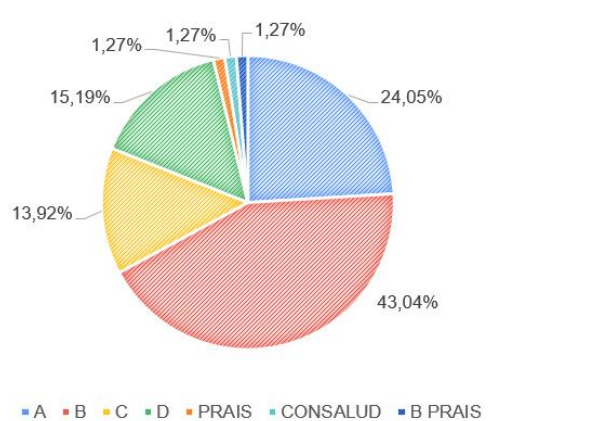


Figura N°6: Distribución de la muestra, según sistema de aseguramiento en salud (n= 79 sujetos NSP).

Según la base de datos TrackCare®, los sujetos presentaban registros de inasistencias en más de una “Categoría de cita inasistente”, por lo que, la distribución total de esta variable se estima en base a una muestra de 112 inasistencias, donde un 60,71% corresponde a “Consulta repetida”, un 38,39% a “Consulta nueva” y un “0,89%” a “Procedimiento”. A continuación, se puede observar el detalle de los resultados en el figura N°7.

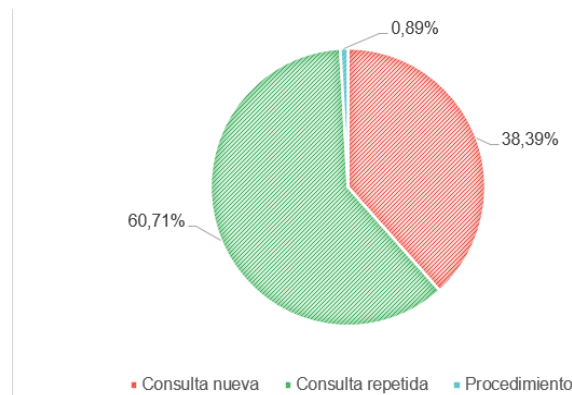


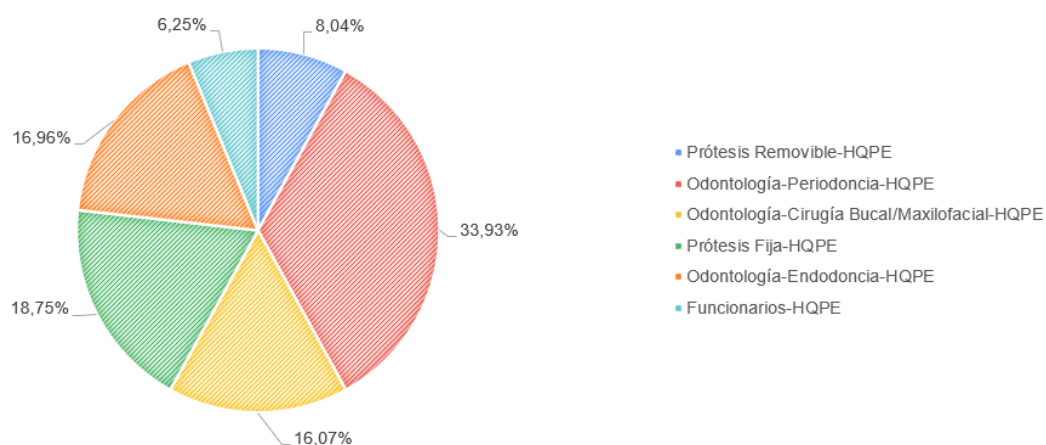
Figura N°7: Distribución de “Categorías de citas inasistentes” del CAE del Hospital de Quilpué (n = 112 citas inasistentes).

Considerando la información obtenida de TrackCare®, de los 79 sujetos, las especialidades nombradas para cada inasistencia fueron “Periodoncia”, “Cirugía Bucal y Maxilofacial”, “Endodoncia”, “Prótesis fija”, “Prótesis removible”, “Implantología” y “Funcionarios”, siendo esta última no una especialidad odontológica propiamente tal, sino que, corresponde al registro de aquellos sujetos que además son trabajadores del CAE del Hospital de Quilpué. Aquí ocurrió una situación similar a la de las “Categorías de citas inasistentes”, es decir, algunos sujetos estaban registrados con varias inasistencias en una misma especialidad e incluso, algunos se encontraban registrados como inasistentes en más de una especialidad, dando un total de 112 tipos de especialidades relacionadas a citas inasistentes (n= 112).

Es así como, de todas las especialidades mencionadas, la que registró mayor número de inasistencias fue “Periodoncia” con un total de 38 citas inasistentes (33,93%), seguida de la especialidad “Prótesis fija” con 21 citas inasistentes (18,75%), “Endodoncia” con 19 citas inasistentes (16,96%) y “Cirugía Bucal y

Maxilofacial” con 18 citas inasistentes (16,07%). Por otro lado, las que presentaron menos citas inasistentes fueron “Prótesis removible” con un total de 9 citas inasistentes (8,04%), “Funcionarios” con 7 citas inasistentes (6,25%) e “Implantología” no registró citas inasistentes. Los resultados se pueden revisar en detalle en el figura N°8.

Figura N°8: *Porcentaje de citas inasistentes, según especialidad (n= 112 citas inasistentes de especialidad). El acrónimo “HQPE” corresponde a la denominación que el Ministerio de Salud le da al Hospital de Quilpué en los registros estatales.*



- Resultados según variable estudiada:

Para la variable “Gasto de bolsillo”, evaluada en la pregunta *¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado a la atención?* un total de 70 individuos (88,6%) respondió que “No”, mientras que 9 dijeron Sí (11,3%). En la tabla N°6 es posible apreciar el detalle de lo anterior.

Pregunta	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado a la atención?	Sí	9	11,39%
	No	70	88,61%
Total		79	100,00%

Tabla N°6: *Distribución de frecuencias para variable “Gasto de Bolsillo” (n= 79 sujetos).*

Para determinar a qué dimensión correspondía el gasto de bolsillo, se aplicaron 7 preguntas adicionales a quienes hayan contestado “Sí” a la pregunta recién mencionada. Sólo 9 sujetos (n= 9 sujetos) fueron considerados en estas preguntas. El detalle de lo anterior se encuentra en las tablas N°7 a la N°13.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted dejó de asistir a su hora odontológica por no poder pagar sus prestaciones de salud?	Sí	8	88,89%
	No	1	11,11%
Total		9	100,00%

Tabla N°7: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted dejó de asistir a su hora odontológica por no poder pagar sus prestaciones de salud?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?	Sí	8	88,89%
	No	1	11,11%
Total		9	100,00%

Tabla N°8: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su corona dental?	Sí	6	66,67%
	No	3	33,33%
Total		9	100,00%

Tabla N°9: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su corona dental?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su prótesis dental?	Sí	6	66,67%
	No	3	33,33%
Total		9	100,00%

Tabla N°10: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su prótesis dental?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus medicamentos?	Sí	4	44,44%
	No	5	55,56%
Total		9	100,00%

Tabla N°11: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus medicamentos?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?	Sí	2	22,22%
	No	7	77,78%
Total		9	100,00%

Tabla N°12: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para pagar la movilización al centro de salud?	Sí	1	11,11%
	No	8	88,89%
Total		9	100,00%

Tabla N°13: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para pagar la movilización al centro de salud?”, correspondiente a la variable “Gasto de Bolsillo” (n= 9 sujetos).

En relación con la variable “Contexto pandemia COVID-19”, se consideraron 3 preguntas, la primera si ¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del

COVID-19?, respondiendo positivamente el 27,8%. Continuando con la pregunta *¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?*, se determinó que un 3,8% contestó de forma afirmativa, en contraste con el 96,2% restante que contestó de forma negativa. Respecto a la pregunta *¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?*, un 8,9% respondió afirmativamente, mientras que un 91,1% respondió negativamente. Lo anterior se detalla desde la tabla N°14 a la N°16.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?	Sí	22	27,85%
	No	57	72,15%
Total		79	100,00%

Tabla N°14: *Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?”, correspondiente a la variable “Contexto pandemia COVID - 19” (n= 79 sujetos).*

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?	Sí	3	3,80%
	No	76	96,20%
Total		79	100,00%

Tabla N°15: *Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?”, correspondiente a la variable “Contexto pandemia COVID - 19” (n= 79 sujetos).*

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?	Sí	7	8,86%
	No	72	91,14%
Total		79	100,00%

Tabla N°16: *Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?”, correspondiente a la variable “Contexto pandemia COVID - 19” (n= 79 sujetos).*

En cuanto a la variable “Percepción de falta de necesidad”, un 6,3% declaró haber solucionado su problema odontológico en otro establecimiento de salud, mientras que el 93,7% respondió negativamente. Respecto a la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?” un 3,8% respondió “Sí”, mientras que un 96,2% respondió “No”. En relación con la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?” un 10,1% declaró que inasistieron porque el tratamiento realizado o propuesto en el CAE del Hospital de Quilpué no cumplió con sus expectativas, mientras que el 89,9% declaró que el tratamiento si cumplía. El detalle de los resultados de cada pregunta que conforma esta variable se detalla en las tablas N°17 a la N°19.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro establecimiento de salud?	Sí	5	6,33%
	No	74	93,67%
Total		79	100,00%

Tabla N°17: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro establecimiento de salud?”, correspondiente a la variable “Percepción de falta de necesidad” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?	Sí	3	3,80%
	No	76	96,20%
Total		79	100,00%

Tabla N°18: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?”, correspondiente a la variable “Percepción de falta de necesidad” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?	Sí	8	10,13%
	No	71	89,87%
Total		79	100,00%

Tabla N°19: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?”, correspondiente a la variable “Percepción de falta de necesidad” (n= 79 sujetos).

Referente a la variable “Dificultad de transporte”, en la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?” un 10,1% declaró no disponer de un medio de transporte público para asistir a la hora odontológica programada. En la última pregunta de este ítem, “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?” Se repitió la misma proporción de respuestas, es decir, un 10,1% declaró no disponer de un medio de transporte privado para asistir a la hora odontológica. Los resultados obtenidos fueron detallados en las tablas N°20 y N°21.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?	Sí	8	10,13%
	No	71	89,87%
Total		79	100,00%

Tabla N°20: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?”, correspondiente a la variable “Dificultad de transporte” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?	Sí	8	10,13%
	No	71	89,87%
Total		79	100,00%

Tabla N°21: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?”, correspondiente a la variable “Dificultad de transporte” (n= 79 sujetos).

En relación con la variable “*Dificultad por trabajo*”, un 16,4% respondió afirmativamente a la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?”, mientras que un 83,6% respondió negativamente. Para la pregunta “¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?” un 17,7% respondió “Sí”. Finalmente, en la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?” el 88,6% de los sujetos respondió “No”, mientras que un 11,4% respondió “Sí”. Los resultados de la variable “*Dificultad por trabajo*” se aprecian en las tablas N°22 a la N°24.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?	Sí	13	16,46%
	No	66	83,54%
Total		79	100,00%

Tabla N°22: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?”, correspondiente a la variable “*Dificultad por trabajo*” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?	Sí	14	17,72%
	No	65	82,28%
Total		79	100,00%

Tabla N°23: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?”, correspondiente a la variable “*Dificultad por trabajo*” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?	Sí	9	11,39%
	No	70	88,61%
Total		79	100,00%

Tabla N°24: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?”, correspondiente a la variable “*Dificultad por trabajo*” (n= 79 sujetos).

En la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo”, el 22,8% de los sujetos declaró padecer una enfermedad que le impidió asistir a la cita odontológica programada. Para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?”, también relacionada con esta variable, un 91% respondió “No”, mientras que un 9% “Sí”. Dentro de esta misma variable, un 88,6% de las respuestas fueron negativas a la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?”; mientras que para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?” un 92,4% de las respuestas fueron “No” y un 7,5% “Sí”. Lo anterior se encuentra ordenado en las tablas N°25 a la N°28 en detalle.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?	Sí	18	22,78%
	No	61	77,22%
Total		79	100,00%

Tabla N°25: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?”, correspondiente a la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?	Sí	7	8,86%
	No	72	91,14%
Total		79	100,00%

Tabla N°26: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?”, correspondiente a la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?	Sí	9	11,39%
	No	70	88,61%
Total		79	100,00%

Tabla N°27: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?”, correspondiente a la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?	Sí	6	7,59%
	No	73	92,41%
Total		79	100,00%

Tabla N°28: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?”, correspondiente a la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” (n= 79 sujetos).

Para la variable “Olvido por parte del paciente”, en la primera pregunta “¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal?”, un 79,7% de los sujetos indicaron no haber faltado por olvido personal. En la segunda pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?”, la mayoría respondió que “No” con un 68,4%. El detalle de los resultados para la variable “Olvido por parte del paciente” se encuentra en las tablas N°29 y N°30.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal?	Sí	16	20,25%
	No	63	79,75%
Total		79	100,00%

Tabla N°29: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal?”, correspondiente a la variable “Olvido por parte del paciente” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?	Sí	25	31,65%
	No	54	68,35%
Total		79	100,00%

Tabla N°30: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?”, correspondiente a la variable “Olvido por parte del paciente” (n= 79 sujetos).

Los resultados de las preguntas: “¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?” y “¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?”, que corresponden a la variable “Citación médica simultánea a la hora médica agendada”, se obtuvo que la mayoría de los sujetos, un 91% para la primera pregunta y un 91,1% para la segunda, respondieron “No” a las interrogantes anteriores, respectivamente. Se observan los resultados para la variable “Citación médica simultánea a la hora médica agendada” en las tablas N°31 y N°32.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?	Sí	8	10,13%
	No	71	89,87%
Total		79	100,00%

Tabla N°31: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?”, correspondiente a la variable “Citación médica simultánea a la hora médica agendada” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?	Sí	7	8,86%
	No	72	91,14%
Total		79	100,00%

Tabla N°32: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo

momento?”, correspondiente a la variable “Citación médica simultánea a la hora médica agendada” (n= 79 sujetos).

Para la última variable “Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica” un 94,9% respondió “No” a la pregunta “¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?”. En la pregunta “¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano?” un 3,8% respondió “Sí” y un 96,2% que “No”. Finalmente, en la interrogante “¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?”, el 98,7% respondió “No” y tan solo el 1,3% respondió “Sí”. Los resultados para la variable “Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica” se encuentran en las tablas N°33 a la N°35.

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?	Sí	4	5,06%
	No	75	94,94%
Total		79	100,00%

Tabla N°33: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?”, correspondiente a la variable “Imprevisto del paciente previo a la atención odontológica” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano?	Sí	3	3,80%
	No	76	96,20%
Total		79	100,00%

Tabla N°34: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano?”, correspondiente a la variable “Imprevisto del paciente previo a la atención odontológico” (n= 79 sujetos).

Preguntas	Respuestas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?	Sí	1	1,27%
	No	78	98,73%
Total		79	100,00%

Tabla N°35: Distribución de frecuencias para la pregunta “¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?”, correspondiente a la variable “Imprevisto del paciente previo a la atención odontológica” (n= 79 sujetos).

- Análisis global de las dimensiones involucradas con inasistencias al CAE del Hospital de Quilpué:

Posterior al cálculo de resultados por pregunta, éstas se agruparon según la dimensión a la que tributaban para obtener una mejor representación de las variables más frecuentes como causas de inasistencia. A su vez, se calculó la suma de las respuestas afirmativas (“Sí”) por variable, las cuales se encuentran resumidas en la tabla N°36. Al sumar la totalidad de respuestas afirmativas de todas las dimensiones estudiadas da un total de 211 respuestas, dado que los sujetos respondieron afirmativamente a más de una pregunta de la encuesta.

Variables	Frecuencia absoluta de respuestas afirmativas según variable
“Contexto pandemia COVID-19”	32
“Percepción de falta de necesidad”	14
“Dificultad de transporte”	16
“Dificultad por trabajo”	36
“Presencia de comorbilidades propias o de un tercero”	40
“Olvido por parte del paciente”	41
“Citación médica simultánea a la hora odontológica	15
“Imprevistos del paciente previos a la atención odontológica”	8
Total	211

Tabla N°36: Distribución de respuestas afirmativas según variables (n= 211 total de respuestas afirmativas).

Con la cantidad total de respuestas afirmativas por pregunta según el total general, se calculó el promedio de estas por dimensión obteniendo, dentro de esta población, como los factores más prevalentes de inasistencia el “*Olvido por parte del paciente*” con un 19,43% (41 respuestas afirmativas), la “*Presencia de comorbilidades propias o de un tercero*” con un 18,96% (40 respuestas afirmativas), “*Dificultad por trabajo*” con un 17,06% (36 respuestas afirmativas) y “*Contexto pandemia COVID-19*” con un 15,17% (32 respuestas). El detalle de estos resultados se encuentra en el figura N°9.

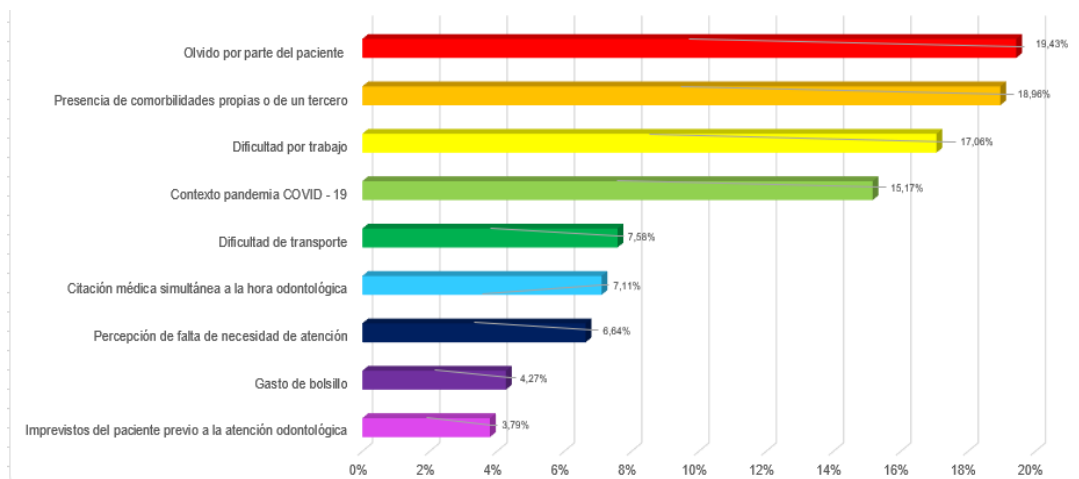


Figura N°9: *Porcentajes de los factores que inciden en la inasistencia a las citas odontológicas de especialidad del CAE del Hospital de Quilpué, según las dimensiones estudiadas (n= 211 respuestas afirmativas).*

DISCUSIÓN

La atención clínica de especialidad odontológica forma parte importante de las prestaciones en salud ofertadas por el CAE del Hospital de Quilpué, lo anterior toma mayor relevancia al situarse en el contexto nacional, donde existe un déficit de profesionales Cirujano-Dentistas a pesar de los esfuerzos por aumentar la cobertura y el acceso universal a la salud²¹. Las inasistencias a horas clínicas siguen constituyendo un problema importante, generando deficiencias productivas y económicas⁴.

La presente investigación, al consistir en un estudio observacional descriptivo, sólo abordó a las personas que presentaban el fenómeno, que en este caso fueron los sujetos reportados como NSP del CAE del Hospital de Quilpué durante el período enero-junio 2021, lo cual lo asemeja al estudio realizado en Colombia (*Castrillón, 2017*)³³ y lo diferencia de otras publicaciones sobre inasistencias a horas clínicas médicas y odontológicas. Dichas publicaciones correspondían a estudios de casos y controles (*Jabalera, 2015*)⁴, estudios cualitativos (*Armfield, 2012*)²⁶, revisión sistemática cualitativa (*Hirmas, 2013*)³⁴, cohorte (*Nordrehaug, 2020*)³⁰ o ecológicos (*Salinas, 2014*)³; al realizar este tipo de estudio se pudo alcanzar los objetivos de determinar qué factores relatados en la literatura se encontraban involucrados con las inasistencias y con qué frecuencia.

En este estudio se observó que los factores relatados en la literatura involucrados con las inasistencias a horas clínicas de especialidad odontológica de los usuarios reportados como NSP del CAE del Hospital de Quilpué durante enero-junio 2021 coinciden con otras publicaciones respecto a que existe una causa multifactorial de las inasistencias, puesto que pueden verse involucrados factores como el contexto sociocultural del usuario o usuaria, hasta la percepción que tiene este mismo respecto a su propia salud, por lo que, estadísticamente resulta complejo atribuir las inasistencias a una sola variable^{4,33,35,67}.

De manera general, en esta investigación se estudiaron características generales asociadas en la literatura con el ausentismo, obteniendo que aproximadamente un tercio de la muestra corresponde al sexo femenino, lo que coincide con lo observado

en el estudio de *Quezada (2019)*⁵², donde el porcentaje de mujeres también correspondía a un tercio aproximadamente de la población estudiada. Esto puede deberse a que las mujeres perciben la enfermedad, demandan más atención en servicios de salud en comparación a los hombres; el resultado anterior coincide con el estudio desarrollado por *Guerrero (2009)*⁶⁸, donde del total de citas inasistentes, un 59,2% correspondía a mujeres, mientras que un 38,3% a hombres. Dentro de los resultados, también se obtuvo una mayor inasistencia en consultas repetidas y se obtuvo como principal razón de inasistencia a citas odontológicas el olvido de esta misma⁶⁹. En el trabajo de investigación de *Alvear (2020)*⁵², se observaron comportamientos similares a los obtenidos en el presente estudio, ya que al analizar el sexo de los usuarios se obtuvo que las mujeres poseen una mayor probabilidad de no asistir a su cita médica programada, sin embargo, era baja en comparación a los hombres.

En relación con estos mismos resultados, en otros estudios como el de *López et al. (2006)*⁷⁰ se ha planteado que los varones consultan menos que las mujeres a los servicios de salud debido a múltiples razones como la percepción que tienen estos respecto a su estado de salud, calificándolo como “excelente” o “muy bueno” frente a las mujeres, quienes perciben su salud con una menor intensidad. A su vez, en este estudio también se relata que tanto hombres como mujeres consultan cuando presentan problemas de salud, sin embargo, esta característica se observa más pronunciada en los varones. Esta idea se potencia dentro de este mismo estudio, debido a que también se observó que las mujeres asisten más a consultas médicas, ya que refieren en mayor medida enfermedades que requieren tratamientos prolongados en comparación a los hombres.

A pesar de no poder desarrollar un perfil específico del paciente incumplidor, queda de manifiesto que un porcentaje mayoritario de los sujetos NSP del CAE del Hospital de Quilpué extraídos de la muestra son personas del sexo femenino; con un promedio de edad de 46 años, clasificándose como de mediana edad. Lo anterior, no coincide con lo expuesto en la investigación “Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia

Sanitaria Costa del Sol”⁴ donde se expone un mayor incumplimiento en pacientes jóvenes, sin embargo cabe destacar que durante el desarrollo de esa investigación se realizó una regresión logística multivariante del riesgo de ser caso, análisis que no fue realizado en el presente estudio, por lo que, no es posible concluir que aquellos pacientes más jóvenes asistan más a sus citas odontológicas programadas de especialidad. El perfil del paciente inasistente del presente estudio tiene previsión en salud FONASA, siendo la más prevalente del tipo B, la cual implica que el paciente tiene una gran cobertura de los tratamientos odontológicos, gracias a la financiación que entrega el Estado de Chile a la población que percibe un ingreso imponible mensual menor o igual a \$337.000³⁵.

Considerando lo anterior, una de las dimensiones que puede contribuir a la descripción del perfil del paciente incumplidor es la “Categoría de citas inasistentes”. Dentro de los resultados obtenidos, la categoría más frecuente fue la de “Consulta repetida” con un 60,7%, que como se señaló en el capítulo de materiales y métodos, correspondía a aquellas inasistencias múltiples y continuas a las citas agendadas. Esta información coincide con lo presentado por *Orueta (2001)*⁷¹ donde se obtuvo como resultado que los pacientes con incumplimientos previos fueron más incumplidores (34,5%) que aquellos que no tenían antecedentes de haber faltado (16,9%), también en el estudio realizado por *Guerrero (2009)*⁶⁸, donde la categoría “Consultas sucesivas”, en este caso, fue la más frecuente con un 44% de las citas inasistentes. A partir de esta información, se podría suponer que los sujetos estudiados desarrollan patologías complejas por falta de cuidado e información respecto a salud bucal, por lo que, requieren varias citaciones (“Consulta repetida”) para tratamientos puntuales y complejos, por lo tanto, se podría pensar que el paciente incumplidor a las horas clínicas de especialidad odontológica del CAE podría no valorar suficientemente su salud oral. Sin embargo, estas conclusiones presentan limitaciones, puesto que los resultados de la categoría de cita inasistente no se encuentran individualizados según los 79 participantes del estudio, por lo que, sucedía que algunos pacientes presentaban hasta 4 citas inasistentes en diferentes especialidades y con diferentes categorías del tipo de cita versus otros pacientes que sólo presentaban 1 cita inasistente, afectando la representatividad de los

resultados. Esto debido a que, no es posible determinar con certeza que aquel paciente que faltó una vez sea un paciente incumplidor o sólo sufrió un evento puntual que impidió su asistencia, por lo que, se sugiere en estudios futuros la aplicación de otro tipo de análisis separando a los pacientes por grupos homogéneos, de acuerdo con la cantidad de inasistencias que presentan.

Dentro de esta población, resultó que la causa de la mayor parte de las inasistencias fue por la dimensión “Olvido por parte del paciente” con un 19,43%, lo que concuerda con los resultados obtenidos por *Camarco (2019)*²⁵ en su estudio, donde el 17% de los pacientes señalaron como causa el olvido de sus citas programadas³¹. Así mismo, sucede con lo presentado en el estudio de *Cifuentes (2014)*³¹, donde el “Olvido por parte del paciente” se posicionó como la primera causa de inasistencia a citas programadas con un 35% de los encuestados en aquella investigación³¹. Continuando con la revisión de la literatura, se observa que los resultados obtenidos en esta investigación continúan coincidiendo con la literatura, sumando lo presentado por *Jabalera (2015)*⁴ donde el “Olvido” y “fallo en la comunicación” fueron los principales motivos declarados como causas de ausencia por parte de los pacientes con un 29,7% y 16% respectivamente⁴. Considerando todo lo anterior, se sugiere analizar la necesidad de crear o mejorar el sistema de agendamiento de pacientes, mediante el cual se pueda confirmar la cita odontológica días previos e incluso el día anterior con el paciente, con el fin de evitar la inasistencia de éste mediante el recordatorio por parte del Hospital o también, dar la posibilidad al paciente del reagendamiento de su cita en el caso que no pueda acudir, de esta forma aquella cita liberada se le podría otorgar a otro paciente que si pueda asistir y a la vez, disminuir la pérdida de recursos, tanto humanos como materiales, destinados a dicha atención.

La dimensión “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” fue la segunda mayor causa de inasistencia relatada por los participantes de esta investigación, lo cual concuerda con lo hallado por *Walther (2021)*²⁴ que establece esta variable como una de las principales causas de inasistencia a las citas odontológicas, específicamente por la presencia de enfermedades crónicas no controladas²⁴. Esto

se explica fundamentalmente en el hecho de que las enfermedades crónicas no tratadas no sólo influyen en el empeoramiento de la salud bucodental, sino que actúan como inhabilitantes en el quehacer diario de las personas, tal como lo es el desplazamiento de un lugar a otro, como la ida desde los lugares de residencia hacia los centros de salud y viceversa. También sucede que las patologías crónicas pueden complicar aún más la salud de las personas, lo que se traduce en la inasistencia de las citas dentales producto de la necesidad de hospitalización y/o cuidados especiales, tal como fue descrito por *Jabalera (2015)*⁴. Cabe señalar que esta dimensión fue observada explícitamente durante el desarrollo de esta investigación, ya que en la encuesta los sujetos lo manifestaban de esta forma e incluso, en algunos casos ocurrió que algunos de los participantes seleccionados que accedieron a participar debieron responder la encuesta con el apoyo de un tutor o familiar cercano a cargo de ellos, dado que éstos se encontraban hospitalizados o inhabilitados para contestar por ser personas dependientes. Es en este mismo sentido que, según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017 (CASEN), en Chile existen 672 mil personas dependientes, es decir, que necesitan la asistencia de otras para realizar sus labores diarias. De ellas, 470 mil cuentan con un “cuidador interno informal”, es decir, alguien que vive en el mismo hogar y las asiste de manera no remunerada²⁴. Aunque el perfil de los cuidadores informales es muy variado, por lo general se trata de familiares (especialmente los más cercanos como esposos e hijos principalmente, y en particular cuando la dependencia se hace más severa)²⁴. Existe una brecha de género entre los cuidadores informales, ya que según la 1era Encuesta sobre Cuidadores Informales (2018), se detectó que de casi mil encuestados, el 98% de las personas realizando labores de cuidado eran mujeres. Más de la mitad de ellas son dueñas de casa, y un 78% afirmó que tuvo que dejar su trabajo para hacerse cargo de un familiar dependiente²⁴. Estos cuidadores informales se hacen cargo de una gran cantidad de tareas y hacen un uso escaso de los servicios de apoyo formal, lo que les pone en una situación de alta vulnerabilidad⁴. Además, asumir el papel de cuidador constituye una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones

emocionales. El cuidado de una persona dependiente, en especial de personas con demencia, se ha venido considerando como un estresor crónico⁴. Por lo anterior, no resulta extraño que éste sea un factor involucrado con las inasistencias a citas médicas y odontológicas, en el estudio colombiano del año 2019 titulado “Factores de inasistencia a consulta en pacientes con artritis en la IPS Integral Solutions” dio como resultado que un 58% de los inasistentes refieren que tenían una persona a cargo, mientras que en relación con el número de personas a cargo se encontró que son entre 1 a 2 personas³³. Cabe mencionar que las personas con comorbilidades, al presentar discapacidades físicas y de desplazamiento, se les imposibilita muchas veces asistir a sus horas agendadas; es por esto que el MINSAL ha establecido la necesidad de cubrir estas necesidades, mediante la implementación de las Visitas Domiciliarias Integrales (VDI)⁷², las cuales consisten en atenciones a domicilio, ya sean médicas u odontológicas. Las VDI representan una buena opción al momento de atender a este tipo de pacientes; sin embargo, es importante mencionar que se realizan en el espacio personal de los individuos y fuera de los establecimientos de salud, por lo que se hace fundamental el respeto de la privacidad de la familia involucrada y el cumplimiento de los lineamientos éticos propios de una atención en salud.

Para comprender este resultado de mejor manera, es necesario tomar en cuenta el contexto epidemiológico de la población chilena. En Chile, ha ocurrido una transición demográfica de la población, predominando actualmente la población mayor a 65 años, debido a una disminución en la tasa de natalidad y mortalidad general. Producto de esta transición demográfica, se genera una transición epidemiológica, la cual se puede evidenciar al comparar la salud actual contra la salud de la población chilena de años atrás. En 1960, las enfermedades infecciosas jugaron un rol importante al momento de definir las causas de mortalidad de la población chilena, provocando un 30% de las defunciones en aquella época; sin embargo, esta cifra ha disminuido hasta un 3% en 1990. A su vez, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han sufrido el fenómeno inverso durante este mismo período de tiempo, es decir, en 1960 estas constituían un 14% de las defunciones y en 1990 provocaron un 68,2% de estas mismas. Dentro de las causas del cambio

epidemiológico, además de la transición demográfica, se encuentra el aumento de la esperanza de vida en el país, lo que se asocia a aumento en la exposición a diferentes factores de riesgo de estas enfermedades, como la obesidad, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, alimentación no saludable y sedentarismo; todo esto genera que las ECNT se ubiquen, hoy en día, como la principal causa de muerte en el mundo y en Chile. En base a lo planteado anteriormente, es posible determinar que los resultados de esta investigación no se encuentran tan alejados de la realidad actual del país y es posible que represente una causa importante de las inasistencias a citas odontológicas programadas por la incapacidad que generan estas patologías en el quehacer diario e incluso por la priorización, por parte de los pacientes chilenos, de asistir a citas médicas de especialidad frente a sus citas odontológicas⁷³⁻⁷⁵.

La tercera dimensión altamente mencionada como causa de inasistencia fue “Dificultad por trabajo” con un 17,06% de respuestas afirmativas. Según *Nour El-Din (2008)*, las dificultades o compromisos de trabajo están dentro de las 4 primeras causas de inasistencia a las citas dentales, lo cual es muy similar a lo hallado en esta investigación³². Esta situación puede deberse principalmente a que Chile es uno de los países pertenecientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que trabaja más horas al año, ocupando el 6º lugar con un total de 1.914 horas trabajadas anualmente⁷⁶. Esta cantidad de tiempo influye en que los trabajadores chilenos no cuenten con el tiempo suficiente para asistir a las citas tanto odontológicas como médicas. En contraste con el estudio de *Parsons (2021)*, se encontró que los compromisos de trabajo ocupan el primer puesto como la principal causa de ausentismo junto al olvido por parte de los pacientes en el Reino Unido, país perteneciente a la OCDE y que ocupa el 10º lugar dentro de los países que menos horas trabajan al año (1.538 hrs trabajadas anualmente)^{76,77}. Las situaciones de ambos países son contradictorias por lo antes mencionado, por lo que se requieren más investigaciones a futuro para explicar este comportamiento. En relación a esta misma dimensión, al revisar la literatura se encontró una relación entre el desempleo y la no asistencia a citas programadas, lo que puede sugerir la idea de que por falta de recursos económicos los pacientes

prefieren no asistir a las citas odontológicas, por el gasto que involucra^{4,25}. Sin embargo, en el estudio de *Camarco (2019)*²⁵, se señala como causa frecuente de inasistencias que el horario de atención no es favorable para los pacientes, por lo que, se podría inferir que las citas odontológicas se otorgan en horarios de otras actividades de los pacientes, como lo es el trabajo²⁵. En definitiva, la variable “Dificultad por trabajo” influye de forma importante en la inasistencia de los pacientes a sus citas médicas^{25,32,76,77}; sin embargo, no es posible determinar con certeza la verdadera razón por la cual esto sucede, por lo que será importante desarrollar nuevas investigaciones para dilucidar dicha interrogante.

Una de las dimensiones a destacar es la referida al “Contexto pandemia COVID - 19”, la que quedó posicionada después de la variable “Dificultad por trabajo”, con un 15,17% de respuestas afirmativas en relación las preguntas que tributaban a esta dimensión. Esto presenta estrecha relación con el período seleccionado para la extracción de la muestra de aquellos pacientes registrados como NSP, ya que en gran parte del período enero - junio del año 2021, se encontraba el país en un constante cambio de fases de acuerdo con lo estipulado por el “Plan paso a paso” establecido por el Ministerio de Salud (MINSAL) en Chile. Junto a esto, al no ser uno de los países afectados en primera instancia, la población chilena podía observar lo que ocurría en aquellos países más desarrollados, los que fueron gravemente afectados y aumentaban la preocupación y temor en el país⁷⁸. En Chile, el primer caso de COVID - 19 fue informado el día 3 de marzo del año 2020 por el ministro de Salud, Jaime Mañalich y en vista de que comenzaron a surgir más casos, el día 18 de marzo se dictó el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe y una semana después aproximadamente, comenzaron las primeras cuarentenas en el país. Todas estas medidas fueron implementadas para proteger a la población de esta enfermedad desconocida; en ese entonces, comenzaron a generar consecuencias a nivel de la Salud Pública nacional, ya que se decidió restringir las consultas según su tipo, quedando aquellas atenciones electivas postergadas. Dentro de este marco, también se realizó una priorización de la atención para aquellas personas que se encontraban con infección por el nuevo coronavirus, lo que involucró una reducción en la prestación de servicios de salud a pacientes con

otras enfermedades, con énfasis en la asignación de recursos, ya sea humanos, financieros, logísticos y de estructura física para este problema^{78,79}.

Lo anterior, sumado al temor de la población, generó una disminución en la cantidad de consultas a urgencias de diversas especialidades, indicando que la pandemia por COVID - 19 tuvo un impacto negativo en el número de consultas no relacionadas con esta enfermedad. La priorización de las atenciones relacionadas al nuevo coronavirus (SARS CoV - 2), puede haber generado consecuencias negativas en el estado de los pacientes con comorbilidades de base, considerando además el contexto socioeconómico y el Sistema Público de Salud segmentado que presenta Chile, puede haber agravado aún más las condiciones de estos pacientes⁸⁰. La atención odontológica no quedó exenta de estas consecuencias, ya que el MINSAL también dictó la necesidad de sólo realizar tratamientos odontológicos de urgencia y sugerir la postergación de aquellos tratamientos electivos⁷⁸; lo anteriormente mencionado puede haber motivado a los pacientes a priorizar el tomar medidas preventivas y no asistir a su hora odontológica de especialidad, perjudicando su salud oral. Si bien, se intentó suplir la atención presencial a través de consultas por telemedicina y/o teleodontología, esta metodología puede no haber sido de fácil acceso para toda la población; ya que involucra recursos más allá que el costo de la atención propiamente tal, como contar con un dispositivo electrónico con acceso a internet y saber manejar el acceso a reuniones por teleconferencia, resultando en una segmentación más del Sistema de Salud chileno⁸⁰.

Considerando la literatura encontrada y el contexto socioeconómico de los chilenos, se esperaba que la dimensión “Gasto de bolsillo” tuviera más incidencia en las inasistencias de los usuarios y usuarias del CAE del Hospital de Quilpué. La Oficina de Información Económica en Salud (IES) estimó que el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Chile es de un 31% para el año 2020, este porcentaje ha ido disminuyendo desde el 2009 de un 34% a un 31,04% el año 2020^{81,82}, el cual es considerablemente más alto que el promedio para los países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) que durante el 2009 ascendió a 19,2%, con un rango desde 7,3% y 10,5% para Francia

y Reino Unido respectivamente⁷⁶. Además, los resultados de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), muestran que en Chile el 5,4% del gasto total de los hogares es destinado a salud (como gasto de bolsillo), y que esta proporción es mayor mientras más ricos son los hogares (3,3% para hogares del quintil 1 y 5,8% para hogares del quintil 5)⁸¹ y se ha concluido que los medicamentos son el ítem que explica en mayor medida el GBS, seguido de las consultas. Esto debido a distintos factores como la baja cobertura del sistema de salud, la no afiliación a un seguro de salud, entre otros⁸¹. Al compararse los resultados obtenidos en este estudio con lo sucedido en otras publicaciones queda en evidencia que en éstas el costo asociado a la atención tenía una mayor relevancia²⁴, esta diferencia podría estar causada por ser estudios realizados en poblaciones y contextos socioeconómicos distintos. Por lo anterior, resulta inesperado que esta dimensión haya tenido una baja prevalencia, sobre todo por la crisis sanitaria por COVID-19, la cual tuvo consecuencias sociales y económicas, entre las que se encuentra un aumento del desempleo y una caída de los ingresos laborales⁸². El desempleo en el mes de enero 2021 llegó a un 10,3% en hombres y un 11% en mujeres, cifras que descendieron en junio de 2021 a un 8,9% y 9,2% respectivamente⁸³; mientras que en la región de Valparaíso durante el trimestre febrero-abril alcanzó una tasa del 10,6%, siendo levemente superior a la cifra nacional⁸⁴. También es importante considerar el contexto de protección financiera en salud que ofrecen actualmente los distintos sistemas de aseguramiento (públicos y privados) en el país, ya que el 24% de los participantes tienen previsión en salud FONASA A y un 43% FONASA B, los cuales tienen una bonificación del 100% en las atenciones de salud en la Red Pública⁸⁵. Además, al no poder encontrar literatura disponible que indicará cifras exactas de gasto de bolsillo para la comuna de Quilpué o para la región de Valparaíso, cabe la posibilidad de que este parámetro tenga una cifra menor al promedio chileno; lo que podría explicar en parte los resultados obtenidos en esta investigación.

Dentro de las fortalezas de este estudio se destaca la posibilidad de que el instrumento de recolección de datos, creado y validado durante el desarrollo de este estudio, puede ser aplicable a poblaciones semejantes en otros establecimientos de

salud con características similares, como otros hospitales de especialidades odontológicas e incluso para el estudio de inasistencias en consultas médicas generales o de especialidades, ya que en Chile, por ejemplo, el conocer las causas de inasistencia de los pacientes podría contribuir a la creación de estrategias para lograr metas propuestas por parte del MINSAL en los centro de salud correspondientes al COMGES. Lo anterior debido a que dicho instrumento fue validado mediante el Método Prospectivo de Delphi y contiene interrogantes que consultan datos relacionados con los factores de inasistencia relatados en la literatura, y más aún que considera el contexto de la pandemia de COVID-19 vigente hasta el día de hoy. También cabe destacar que no se representó ningún riesgo de contagio del virus Sars-CoV-2, considerando que las encuestas se realizaron de forma remota mediante vía telefónica. Pero, sobre todo, la principal fortaleza de este estudio es el aporte de nuevo conocimiento sobre esta temática, considerando que la literatura disponible es escasa e influye en el bienestar tanto de la población chilena como de otros países, debido a la pérdida de recursos económicos, humanos y de tiempo que pueden contribuir al empeoramiento de las enfermedades presentes en muchas personas.

Sin embargo, la metodología empleada para recopilar la información no estuvo exenta de dificultades, ya que un 22% de los participantes no quiso participar y un 22,6% no fueron posibles de comunicar, por lo que la extracción de la muestra demoró más tiempo de lo planificado. Además, existen posibles limitaciones derivadas de la probabilidad de que ocurra sesgo de no respuesta, por sujetos que luego de haber agendado su hora para completar la ficha de recolección de datos, manifiestan su negativa a realizarla o no se encuentran disponibles telefónicamente, lo cual es un elemento que coincide con otras investigaciones^{4,33}. Lo anterior podría corresponderse con una menor motivación de los sujetos, lo cual se vería reflejado en la inasistencia a horas clínicas de especialidad odontológica. En relación con esto mismo, se considera como limitación el hecho de que para aquellos usuarios que decidieron no participar o cortaban la llamada mientras se aplicaba (clasificados ambos dentro del grupo como “No desean participar”), ya sea el consentimiento informado e incluso la misma encuesta, pueden haber percibido que el instrumento

era demasiado largo, lo que dificulta a su vez la recolección de datos propiamente tal.

CONCLUSIONES

En esta investigación se pudo identificar la presencia de 13 factores relatados en la literatura sobre la no presentación a horas clínicas odontológicas programadas que influyen en la inasistencia de los usuarios y las usuarias que no se presentan al Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital de Quilpué.

Con respecto a los resultados, la dimensión “Olvido por parte del paciente” fue la más prevalente con un 19,43% del total de respuestas afirmativas, lo que se condice en parte con lo relatado en la literatura científica por Jabalera⁴, Camarco²⁵, Cifuentes³¹ y Castrillón³³. Además, se obtuvo que la dimensión “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero” con un 18,96% fue el segundo factor involucrado más prevalente de ausentismo, coincidiendo con lo expuesto por Aarabi²⁹.

Es necesario destacar que, para el desarrollo de este estudio se debió crear y validar un instrumento de recolección de datos acorde al contexto sociodemográfico de la población estudiada, por lo que, este instrumento puede resultar útil como guía para ser aplicado en otros establecimientos de salud en el país. Sin embargo, para indagar la causa de inasistencias en otro tipo de población, es fundamental el desarrollo de un nuevo instrumento de recolección de datos personalizado, por lo que, es un factor a considerar para el desarrollo de investigaciones futuras y similares.

Otro factor limitante al momento de realizar este tipo de estudio es el contacto con los potenciales participantes, ya que fue difícil concretar el contacto con los participantes inasistentes, puesto que los datos de contacto se encontraban ausentes, desactualizados o no se obtenía respuesta al contactarlos.

En base a la literatura revisada y a los resultados obtenidos en el presente estudio, se sugiere utilizar este estudio como base de futuras investigaciones relacionadas con el ausentismo a las citas odontológicas, debido a la escasez de literatura científica sobre este tópico. Se recomienda realizar estudios de tipo analíticos, para

así conocer de forma más precisa las relaciones existentes entre los distintos factores relatados en la literatura con la inasistencia a citas programadas.

En este mismo sentido, sería beneficioso realizar más investigaciones descriptivas que indaguen de manera específica y a cabalidad las causas del factor "Olvido por parte del paciente", considerando que se trata de la principal causa de ausentismo encontrada en este trabajo.

Para finalizar, este estudio fue realizado durante parte de la pandemia del COVID-19, lo que resultó ser una barrera y un desafío para realizar esta investigación en salud. Sin embargo, pudo ser llevado a cabo de forma remota por vía telefónica sin mayores complicaciones, lo que significó la oportunidad de realizar un aporte a la literatura actual en un contexto mundial complejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Compromisos de gestión 2021 en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago de Chile: MINSAL; 2021. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: https://www.ssbiobio.cl/Archivos/Transparencia_Activa/Gestion_Institucional/2021/Orientaciones_Tecnicas_COMGES_2021.pdf
2. Machado AT, Werneck MA, Lucas SD, Abreu MH. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(1): 289-98. doi: [10.1590/1413-81232014201.01012014](https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.01012014)
3. Salinas EA, De la Cruz R, Bastías G. Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave*. 2014; 14(9): 1-15. doi: [10.5867/medwave.2014.09.6023](https://doi.org/10.5867/medwave.2014.09.6023).
4. Jabalera ML, Morales JM, Rivas F. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *Anales Sis San Navarra*. 2015; 38(2): 235-45. doi: [10.4321/S1137-66272015000200007](https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000200007).
5. Gomes MA, Abreu MH, Ferreira FM, Fraiz FC, Menezes JV. No-shows at public secondary dental care for pediatric patients: a cross-sectional study in a large Brazilian city. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(5): 1915-23. doi: [10.1590/1413-81232018245.19312017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.19312017)
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Titelman D. Santiago de Chile: CEPAL; 2000. Serie Informes Técnicos; 104. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5081/S00090810_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Buris P, Bustamante N, Rojas JP. Análisis crítico del sistema de salud chileno: La puja distributiva y sus consecuencias [tesis de pregrado].

- Santiago de Chile: Escuela de Economía y Administración, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile; 2014. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115329/Buris,%20Pablo.pdf?sequence=1>
8. Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México. 2011; 53(2): 132-42. Disponible en: <https://scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>
 9. Ssms.gob.cl [Internet]. Santiago de Chile: Servicio de Salud Metropolitano Sur; 2013 [actualizado 19 Abr 2022; citado 15 May 2022]. Disponible en: <https://ssms.gob.cl/participacion-ciudadana/consejo-integrado-de-la-red-asistencial/>
 10. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago de Chile: MINSAL; 2013. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
 11. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018; 48(1): 1-9. doi: [10.26633/RPSP.2018.160](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160).
 12. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago de Chile: MINSAL; 2005. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
 13. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago de Chile: MINSAL; 2021. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

14. Bhatia R, Vora EC, Panda A. Pediatric Dental Appointments No-show: Rates and Reasons. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018; 11(3): 171-6. doi: [10.5005/jp-journals-10005-1506](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1506).
15. Hsj.co.uk [Internet]. Londres: Health Service Journal; 1892 [actualizado 19 Feb 2009; citado Mar 2022]. Disponible en: <https://www.hsj.co.uk/home/a-look-at-non-attendance-at-outpatient-appointments/1982605.article>
16. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice*. 2003; 20(2): 178–84. doi: [10.1093/fampra/20.2.178](https://doi.org/10.1093/fampra/20.2.178)
17. Ellis DA, Jenkins R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. *PloS one*. 2012; 7(12): e51365. doi: [10.1371/journal.pone.0051365](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051365)
18. Guerrero MA, Gorgemans S. (2009). Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada del Consorcio Aragón Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras. *Rev Adm Sanit*. 2009; 7(4): 715-28. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-absentismo-pacientes-citados-consultas-atencion-X1137296609489143>
19. Giunta DH. Ausentismo de pacientes a consultas programadas en un sistema de salud: estimación de tasas, identificación de factores asociados, causas y predicción [tesis doctoral]. Buenos Aires: Repositorio Institucional Trovare, Instituto y Hospital Italiano de Buenos Aires; 2019. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/areas/index/assoc/D942.dir/tesis-giunta-diego.pdf>
20. Jabalera ML. Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol [tesis doctoral]. Málaga: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga; 2015. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10149/TD_Jabalera_Mesa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago de Chile: MINSAL; 2017. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf
22. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión. Hospital Regional de Talca. Talca: MINSAL; 2007. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: https://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/MODELO_DE_GESTION.pdf
23. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 2000; 114 (3): 26-33. Disponible en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
24. Walther C et al. Postponed Dental Appointments Due to Costs Are Associated with Increased Loneliness—Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(1): 336. doi: [10.3390/ijerph18010336](https://doi.org/10.3390/ijerph18010336)
25. Camarco KJ. Factores de inasistencia a consulta en pacientes con artritis en la IPS Integral Solutions, Bogotá 2019 [tesis de postgrado]. Bogotá: Facultad de las Ciencias de la Salud, Universidad Santo Tomás; 2019. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/23317#:~:text=metodolog%C3%ADa%20de%20Hanlon,-.Los%20resultados%20obtenidos%20reflejaron%20que%20las%20causas%20de%20la%20inasistencia,una%20prioridad%20para%20los%20usuarios.>
26. Armfield J. The avoidance and delaying of dental visits in Australia. Aust Dent J 2012; 57(2): 243–7. doi: [10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x](https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x)
27. Sañudo S et al. Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones. En: Junta de Castilla y León: VII Congreso de Economía Regional de Castilla y León.

Valladolid; Hospital de Río Hortega, Universidad de Valladolid; 2003.p. 1-19.
Disponible en:
http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/143.PDF

28. Halvari AEM, Halvari H, Deci EL. The Roles of Patients' Authenticity and Accepting External Influence, and Clinicians' Treatment Styles in Predicting Patients' Dental Anxiety and Avoidance of Dental Appointments. *Eur J Psychol.* 2020; 16(1): 45-61. doi: [10.5964/ejop.v16i1.1664](https://doi.org/10.5964/ejop.v16i1.1664).
29. Aarabi G et al. Determinants of Postponed Dental Visits Due to Costs: Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Germany. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(18): 3344. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765821/10.3390/ijerph16183344>
30. Nordrehaug A, Atle S, Mastrovito B, Sannevik J. Avoidance of dental appointment due to cost and consequences for oral health- related quality of life: 25- yr follow- up of Swedish adults. *Eur J Oral Sci.* 2021; 129: e12778. doi: [10.1111/eos.12778](https://doi.org/10.1111/eos.12778).
31. Cifuentes LM, Mendoza H, Ortiz SM. Evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de Pasacaballos en el año 2014 [tesis de postgrado]. Cartagena de Indias: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cartagena; 2015.
Disponible en:
https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/5068/TRAB_AJO%20DE%20INVESTIGACION%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Nour El-Din MM, Al-Shakhs FN, Al-Oudah SS. Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *J Egypt Public Health Assoc.* 2008; 83(5-6): 415-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493510/>
33. Castrillón A, Grisales, DP, Londoño J, Rua LC. ¿Cuáles son los factores que llevan los porcentajes de inasistencia a la consulta médico programada y de especialistas en la IPS Interconsultas SAS durante el primer trimestre de

- 2017? [tesis de pregrado]. Manizales: Especialización en Administración de la Salud, Universidad de Manizales; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/1812>
34. Hirmas M et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33: 223-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
35. Pereira-Victorio CJ, Vázquez-Molinero A, Lizán-García M, Gómez-Guardiola JL, López-Valcárcel BG. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. Medicina General y de Familia. 2016; 5(3): 83-90. doi: [10.1016/j.mgyf.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.002)
36. Quintero VE. Factores institucionales y de los pacientes que generan inasistencia a las citas de Medicina General Policlínica Dr. Joaquín J Vallarino Marzo-Mayo, 2009 [tesis doctoral]. Ciudad de Panamá: Facultad de Medicina, Universidad de Panamá; 2009. Disponible en: http://uprid.up.ac.pa/657/1/vasthy_quintero.pdf
37. Ministerio de Salud. Cuenta Pública Gestión 2020. Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Quillota: MINSAL; 2020. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: <http://www.hospitalquilpue.cl/wp-content/uploads/2021/04/CUENTA-PUBLICA-HOSPITAL-QUILPUE-GESTION-2020.pdf>
38. Ministerio de Salud. ¿Qué hacer con ellos cuándo están en desuso? o cuándo aún siguen funcionando y reúnen condiciones históricas y arquitectónicas importantes para declaratorias de monumentos. 106ª ed. Santiago de Chile: Muros Blancos; 2019. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/1198/Muros%20Blancos%20Online%20N%C2%BA%20106%20febrero%20%202019.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
39. Hospitalquilpue.cl [Internet]. Quilpué: Hospital de Quilpué; 1964 [actualizado 26 Mar 2015; actualizado 24 May 2022]. Disponible en: <http://www.hospitalquilpue.cl/>

40. Estrategia Regional de Desarrollo. Estrategia Nacional de Desarrollo: Región de Valparaíso 2020. Gobierno Regional, Región de Valparaíso. Valparaíso: ERD; 2020. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: [articulos-77297_archivo_03.pdf \(opia.cl\)](#)
41. Instituto Nacional de Estadísticas. División Político Administrativa y Censal Región de Valparaíso. Departamento de Geografía, Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile: INE; 2019. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: [población-y-vivienda-valparaíso.pdf \(ine.cl\)](#)
42. Redatam-ine.ine.cl [Internet]. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 1892 [actualizado 19 Abr 2017; citado 24 May 2022]. Disponible en: [Instituto Nacional de Estadísticas | REDATAM Procesamiento y diseminación \(ine.cl\)](#)
43. Gobierno de Chile. Cuentas Públicas Participativas 2018. Gobernación Provincial de Marga Marga. Quilpué: Gob.cl; 2018. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: [Cuenta-Pública-MARGA-MARGA.pdf \(intendenciavalparaiso.gov.cl\)](#)
44. Hospitalquilpue.cl [Internet]. Quilpué: Hospital de Quilpué; 1964 [actualizado 31 Mar 2015; citado 24 May 2022]. Disponible en: [Cartera de Servicios - Hospital Quilpué \(hospitalquilpue.cl\)](#)
45. Hospitalquilpue.cl [Internet]. Quilpué: Hospital de Quilpué; 1964 [actualizado 24 May 2021; citado 24 May 2022] Disponible en: [PowerPoint Presentation \(hospitalquilpue.cl\)](#)
46. Fonasa.cl [Internet]. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud; 1978 [actualizado 1 Ago 2021; citado 24 May 2022]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
47. Hospitalquilpue.cl [Internet]. Quilpué: Hospital de Quilpué; 1964 [actualizado 6 May 2022; citado 24 May 2022]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i-H3yWqfABoJ:www.hospitalquilpue.cl/%3Fp%3D5850+&cd=1&hl=es&ct=cln>

[k&gl=c](#)

48. Jiménez-Yanez C. #Chiledespertó: causas del estallido social en Chile. Rev Mex Sociol. 2020; 82 (4): 949-57. doi: [10.22201/iis.01882503p.2020.4.59213](https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.4.59213).
49. Agosin M, Larraín G. Economic Policy in Chile After COVID. Latin American Journal of Trade Policy. 2020; 3(7): 82-90. doi: [10.5354/0719-9368.2020.58244](https://doi.org/10.5354/0719-9368.2020.58244)
50. Organización de Naciones Unidas. Los efectos del COVID-19 en el comercio internacional y la logística. CEPAL. Santiago de Chile: ONU; 2020. Serie Informes Técnicos; 6. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45877/1/S2000497_es.pdf).
51. Colegio Médico de Chile. El impacto de COVID19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Grupo de reactivación sanitaria. Santiago de Chile: CMC; 2020. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>
52. Quezada JC. Caracterización del ausentismo de usuarios del sistema contact center del centro de salud de Celica en el año 2019. Propuesta estratégica de mejora [tesis de postgrado]. Piura: Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/42797/Quezada_TJC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Marcel M. La economía chilena frente a la pandemia del COVID-19: fortalezas, desafíos y riesgos. En: Banco Central de Chile: Seminario Visión Económica 2021. Santiago de Chile; SOFOFA, UDD; 2021.p. 1-42. Disponible en: <https://www.bcentral.cl/documents/33528/133214/mmc18122020.pdf/83f103c6-53c9-4c96-9190-7b0314a4574d?t=1608295798437>

54. Informedeis.minsal.cl [Internet]. Santiago de Chile: Departamento de Estadísticas e Información de Salud; 2020 [actualizado 20 May 2022; citado 24 May 2022]. Disponible en: https://informedeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
55. López FJ, Calvo A. Diseño y validación mediante Método Delphi de un cuestionario para conocer las características de la actividad física en personas mayores que viven en residencias. Retos. 2019; 36: 515-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7260949>
56. Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. REIRE. 2020; 13(2): 1-13. doi: [10.1344/reire2020.13.230048](https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048)
57. Conaceo.cl [Internet]. Santiago de Chile: Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas; 1992 [actualizado 8 Jun 2022; citado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.conaceo.cl/preguntas-frecuentes#>
58. Cancer.gov [Internet]. Washington D.C: Instituto Nacional del Cáncer; 2021 [actualizado 21 Dic 2021; citado 11 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/covid-19>
59. Sachi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva. 2007; 3(3): 271-83. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>
60. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde

- Pública. 2016; 32(5): 1-15. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n5/e00111415/es>
61. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Pub Méx. 1992; 34(1): 36-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634105.pdf>
62. Borràs V, Torns T, Moreno S. Las políticas de conciliación: políticas laborales versus políticas de tiempo. Rev Sociol. 2007; 83(1): 83-96. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Papers/article/view/60133/70288>
63. Vallarino J. Factores institucionales y de los pacientes que generan inasistencia a las citas de medicina general policlínica [tesis de postgrado]. Ciudad de Panamá: Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Panamá; 2009. Disponible en: http://up-rid.up.ac.pa/657/1/vasthy_quintero.pdf
64. Fernández-Niño JA, Bustos-Vázquez E. Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. Biomédica. 2016; 36:188-203. doi: [10.7705/biomedica.v36i2.2710](https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2710)
65. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 005928. República de Colombia. Bogotá: MinSalud; 2016. Serie Informes Técnicos; 5928. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5928-de-2016.pdf>
66. Mora-Poveda P, Chacón-Sandi Y. Factores asociados al ausentismo en la consulta nutricional de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. Rev Hisp Cienc Salud. 2019; 5(4): 127-35. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/409/243>
67. Gatica L. Caracterización de la población inasistente a consultas de especialidades médicas del Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina durante el año 2018 [tesis de postgrado]. Talca: Facultad de

Economía y Negocios, Universidad de Talca; 2018. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/12329/3/2020A000035.pdf>

68. Guerrero MA, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras. En: XVI Encuentro de Economía Pública. Granada; Palacio de Congresos; 2009.p. 105. Disponible en:

https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Absentismo+de+pacientes+citados+en+las+consultas+de+Atenci%C3%B3n+Especializada+del+Consortio+Aragon%C3%A9s+Sanitario+de+Alta+Resoluci%C3%B3n+repercusi%C3%B3n+econ%C3%B3mica+y+demoras&btnG=

69. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Méd Chile. 2003; 131(6): 669-78. doi: [10.4067/S0034-98872003000600012](https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000600012).

70. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? Salud Colectiva. 2006; 2(1): 61-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n1/v2n1a06.pdf>

71. Orueta R et al. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. MEDIFAM. 2001; 11: 140-6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/original.pdf> -

72. Ministerio de Salud. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago de Chile: MINSAL; 2018. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: [2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf \(minsal.cl\)](https://www.minsal.cl/publicaciones/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf)

73. Szot J. La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(5): 605-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500009&script=sci_arttext&lng=pt

74. Castillo CA, Molina H. El Sistema de Salud chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*. 2020; 14: 53-67. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16273/1/RFLACSO-EPP14-4-Castillo-Molina%20Milman.pdf>
75. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1959 [actualizado 24 Sep 2015; citado 24 May 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/#:~:text=Dentro%20del%20grupo%20de%20ENT,y%20consumo%20excesivo%20de%20alcohol.>
76. Oecd.org [Internet]. Ciudad de México: OCDE; 2019 [actualizado 8 Ene 2022; actualizado 24 May 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/horas-trabajadas.htm>
77. Parsons J, Bryce C, Atherton H. Which patients miss appointments with general practice and the reasons why: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2021; 71(707): 406-12. doi: [10.3399/BJGP.2020.1017](https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1017)
78. Vargas JP et al. Recomendaciones odontológicas en la pandemia COVID-19: revisión narrativa. *Medwave*. 2020; 20(5): e7916. doi: [10.5867/medwave.2020.05.7916](https://doi.org/10.5867/medwave.2020.05.7916).
79. Toro L, Parra A, Alvo M. Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. *Rev Méd Chile*. 2020; 148(4): 558-60. doi: [10.4067/s0034-98872020000400558](https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000400558)
80. Tullo JE, Lerea MJ, López P, Alonso L. Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44: e161. doi: [10.26633/RPSP.2020.161](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.161)
81. Castillo-Laborde C, Villalobos P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Med Chile*. 2013; 141(1): 1456-63. doi: [10.4067/S0034-98872013001100013](https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013).

82. Ministerio de Salud. Cuenta Pública: MINSAL 2020. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago de Chile: MINSAL; 2021. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/CuentaPublica2020Minsal.pdf>
83. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile. Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2021. Serie Informes Técnicos; 1. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47192/64/EE2021_Chile_es.pdf
84. Instituto Nacional de Estadísticas. Boletín Estadístico: Empleo Trimestral, Región de Valparaíso. Instituto Nacional de Estadísticas. Valparaíso: INE; 2021. Serie Informes Técnicos; 60. Disponible en: [https://regiones.ine.cl/documentos/default-source/region-v/estadisticas-r5/boletines-informativos/encuesta-nacional-de-empleo-\(ene\)/bolet%c3%adn-empleo-regional-trimestre-movil-febrero-abril-2021.pdf?sfvrsn=aabb80f7_6](https://regiones.ine.cl/documentos/default-source/region-v/estadisticas-r5/boletines-informativos/encuesta-nacional-de-empleo-(ene)/bolet%c3%adn-empleo-regional-trimestre-movil-febrero-abril-2021.pdf?sfvrsn=aabb80f7_6)
85. Fonasa.cl [Internet]. Santiago de Chile: FONASA; 2021 [actualizado 25 Feb 2022; citado 24 May 2022]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>.

ANEXOS

1. Validación del instrumento.

Para la elaboración y validación de la ficha de recolección de datos, mediante el Método Prospectivo de Delphi y Alfa de Cronbach, se seleccionaron los factores involucrados con las inasistencias a citas odontológicas encontradas en la literatura, éstos fueron analizados por los miembros investigadores y los expertos. Los factores que fueron seleccionados en la primera etapa fueron planteados en forma de preguntas para una segunda evaluación por parte de los expertos y finalmente se realizó la prueba piloto. El proceso se detalla a continuación:

- Fase inicial (Selección de expertos):

En la primera etapa de validación de acuerdo con el método prospectivo de Delphi, se seleccionaron 3 expertos según su nivel de conocimiento y experiencia en el área de la salud. Dentro de los académicos de la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso se seleccionó al Dr. Jaime Barraza Mesquida, Cirujano Dentista, especialista en Odontología Legal y en Salud Pública, además de ser docente adjunto de la cátedra de Salud Pública de dicha facultad.

Por otro lado, quién también es docente adjunto de la cátedra de Salud Pública de la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, el Dr. Leopoldo Saavedra Pincheira, Cirujano dentista con magíster en Salud Pública. Finalmente, el Sr. Sebastián Espinoza Espinoza, Kinesiólogo Maxilofacial y quién además es magíster en Bioestadística con amplia experiencia en investigación cuantitativa y manejo de datos estadísticos mediante software como *RCommander*® y *STATA*®.

Una vez elegidos los expertos, se envió, a cada uno, un correo electrónico individualizado, con el fin de mantener el anonimato entre los expertos y así evitar influencia entre ellos y por ende, evitar influencias en sus respuestas durante las siguientes fases de validación. En dicho correo se les invita a participar del proceso de validación del instrumento. Dicho correo electrónico contenía un resumen de la investigación, los objetivos de ésta y del instrumento.

Afortunadamente, todos los expertos accedieron a participar, por lo que, se les agradeció por su participación y se procedió con las siguientes etapas de validación.

- Fase exploratoria:

En esta fase, el instrumento fue presentado a los tres expertos seleccionados mediante correo electrónico y la herramienta de formularios “*Google Forms*” ®, con una breve explicación del tema y de los objetivos de la encuesta, el método que se utiliza para la validación, la fase en que se encuentra el proceso de investigación, las instrucciones para evaluar el cuestionario, seguido del correspondiente instrumento. Cada experto evaluó la pertinencia e incluyó la pregunta en el cuestionario mediante su análisis en una escala tipo Likert con 5 categorías, donde 1 es “No pertinente” y 5 “Muy Pertinente”. Además, cada pregunta tuvo un apartado de observaciones donde cada experto pudo incluir el comentario que amerite conveniente. Se le dio un plazo máximo de 10 días para responder y en caso de no lograr consenso, se repite este proceso hasta lograr validar el contenido. En el primer intento de validación hubo falta de consenso sobre el grado de pertinencia de los “Factores involucrados con inasistencias”, por lo que se debió modificar según las apreciaciones de los expertos. Las preguntas que no generaron consenso fueron:

- Dificultades por trabajo: “Problemas del paciente para asistir a su cita agendada por motivos de trabajo”.
- Horario de la consulta inasistente: “Fecha de la consulta agendada por el paciente en el centro de salud, indicada con el día y la hora”.
- Percepción falta de necesidad: “Percepción de un individuo respecto a la necesidad de consultar y realizar un tratamiento médico o dental”.
- Largas listas de espera: “Tiempo intermedio entre que el paciente es derivado a especialidad y la fecha efectiva de la citación”.
- Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo: “Padecimiento de una enfermedad aguda o crónica por parte del usuario o de un tercero a

su cuidado, impidiendo que este asista a una consulta agendada, ya sea médica o dental”.

- Cercanía al centro de salud: “Apreciación del usuario o usuaria con respecto a la cercanía de su domicilio con respecto al CAE del Hospital de Quilpué”.

Estas discordancias entre los expertos se debieron principalmente a que muchas de las definiciones conceptuales fueron difíciles de establecer, ya que dichos términos se utilizan poco en la literatura, además de que la información científica disponible sobre esta temática de las inasistencias en salud es bastante escasa. Es por ello que al formulario de Google Forms se le hicieron las modificaciones expresadas por los expertos, se volvió a enviar y al final se obtuvo consenso, el cual se ve expresado en la Tabla N°37.

Variables antes de la primera revisión	Variables después de la primera revisión
<p>“Gasto bolsillo”</p> <p>Definición conceptual: “Pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud.”</p>	<p>“Gasto bolsillo”</p> <p>Definición conceptual: “Todos aquellos pagos directos provenientes de las personas o grupo familiar en el momento que utilizan alguna prestación de salud, ya sea por medicamentos, consulta médica, hospitalizaciones etc.”</p>
<p>“Problemas de movilización al centro de salud”</p> <p>Definición conceptual: “Problemas de transporte del paciente hasta el centro de salud, los que pueden abarcar situaciones como falta de dinero, poca locomoción, discapacidad física asociada, etc”.</p>	<p>"Dificultad de transporte"</p> <p>Definición conceptual: “Barrera de acceso de tipo económico relacionadas con la imposibilidad de pagar el medio de transporte utilizado para el desplazamiento desde el hogar hasta el centro médico y viceversa”.</p>
<p>“Dificultades por trabajo”</p> <p>Definición conceptual: “Problemas del paciente para asistir a su cita agendada por motivos de</p>	<p>"Dificultades por trabajo"</p> <p>Definición conceptual: “Falta de conciliación entre el trabajador y su empleador para poder solicitar y aprobar permisos de asistencia para que el</p>

trabajo”.	trabajador se atienda en centros de salud”.
“Horario de la consulta inasistente” Definición conceptual: “Fecha de la consulta agendada por el paciente en el centro de salud, indicada con el día y la hora”.	Se eliminó, debido a la falta de consenso entre los expertos y la ausencia de algún término relacionado en la literatura.
“Percepción falta de necesidad” Definición conceptual: “Percepción de un individuo respecto a la necesidad de consultar y realizar un tratamiento médico o dental”.	“Percepción falta de necesidad” Definición conceptual: “Valoración que otorga un individuo a sus problemas de salud en un contexto sociocultural específico”.
“Largas listas de espera” Definición conceptual: “Tiempo intermedio entre que el paciente es derivado a especialidad y la fecha efectiva de la citación”.	Se eliminó, debido a la falta de consenso entre los expertos, la ausencia de algún término relacionado en la literatura y la falta de pertinencia dada por ellos.
“Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo” Definición conceptual: “Padecimiento de una enfermedad aguda o crónica por parte del usuario o de un tercero a su cuidado, impidiendo que este asista a una consulta agendada, ya sea médica o dental”.	“Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo” Definición conceptual: “Cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio y que dificulta la asistencia a centros de salud. Incluye a cualquier persona que ayuda a alguien que es miembro de su familia o muy conocido a hacer o desarrollar algo”.
“Cercanía al centro de salud” Definición conceptual: “Apreciación del usuario o usuaria con respecto a la cercanía de su domicilio con respecto al CAE del Hospital de	Se eliminó debido a la falta de consenso entre los expertos y la ausencia de algún término relacionado en la literatura.

Quilpué”.	
-----------	--

Tabla N°37: Evolución de las variables durante la fase exploratoria. Nota. CAE: Consultorio Adosado de Especialidades.

En base a lo anterior y según lo conversado con los expertos se decidió agregar nuevas variables que ellos consideraron pertinentes:

- Contexto Pandemia COVID-19: “Pandemia actual generada por el virus SARS-CoV-2”.
- Olvido de citación por parte del paciente: “Falta de memoria sobre un cupo para atención médica”.
- Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada: “Coincidencia de cupo para atención de varios servicios el mismo día”.
- Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica: “Situaciones no previstas que dificultan o cohíben la asistencia de un individuo a una cita programada a un centro de salud”.

Se procedió a elaborar las preguntas para cada “Factor involucrado con inasistencias”, las cuales se enviaron a los expertos para validarlas bajo la misma escala Likert con las mismas categorías anteriores. Tras recibir el instrumento, todas las variables en cuestión quedaron aprobadas, tal como se expresa en la Tabla N°38.

Número	Variable	Definición conceptual
1	Gasto bolsillo	“Todos aquellos pagos directos provenientes de las personas o grupo familiar en el momento que utilizan alguna prestación de salud. ya sea por medicamentos, consulta médica, hospitalizaciones etc.”
2	Contexto pandemia COVID-19	“Pandemia actual generada por el virus SARS-CoV-2” ¹ .

3	Percepción de falta de necesidad de atención	“Valoración que otorga un individuo a sus problemas de salud en un contexto sociocultural específico”.
4	Dificultad de transporte	“Barrera de acceso de tipo económico relacionadas con la imposibilidad de pagar el medio de transporte utilizado para el desplazamiento desde el hogar hasta el centro médico y viceversa”.
5	Dificultades por trabajo	“Falta de conciliación entre el trabajador y su empleador para poder solicitar y aprobar permisos de asistencia para que el trabajador se atienda en centros de salud”.
6	Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo	“Cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio y que dificulta la asistencia a centros de salud. Incluye a cualquier persona que ayuda a alguien que es miembro de su familia o muy conocido a hacer o desarrollar algo”.
7	Olvido de citación por parte del paciente	“Falta de memoria sobre un cupo para atención médica”.
8	Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada	“Coincidencia de cupo para atención de varios servicios el mismo día”.
9	Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica	“Situaciones no previstas que dificultan o cohiben la asistencia de un individuo a una cita programada a un centro de salud”.

Tabla N°38: Variables definitivas para el instrumento de recolección de datos. Nota. SARS-CoV-2: Abreviatura para Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo.⁸⁴

Fase analítica (Validación del contenido):

Una vez logrado el consenso de los expertos respecto a las variables a incluir, se comenzó a realizar la redacción de las preguntas que serían aplicadas a los sujetos participantes del estudio. Para esto, se consideró la definición conceptual de cada variable, con el objetivo de abarcar la variable de todas las formas posibles.

De esta forma, resultó que para la variable "*Gasto de bolsillo*" se desarrollaron 10 preguntas; para la variable "*Contexto pandemia COVID -19*" se desarrollaron 3 preguntas; para la variable "*Percepción de falta de necesidad de atención*" se desarrollaron 3 preguntas; para la variable "*Dificultad de transporte*" se desarrollaron 2 preguntas; para la variable "*Dificultad por trabajo*" se desarrollaron 3 preguntas; para la variable "*Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo*" se desarrollaron 4 preguntas; para la variable "*Olvido de citación por parte del paciente*" se desarrollaron 2 preguntas; para la variable "*Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada*" se desarrollaron 2 preguntas y, finalmente, para la variable "*Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica*" se desarrollaron 3 preguntas. Es así, como obtuvimos un total de 32 preguntas.

Dichas preguntas fueron enviadas a los tres expertos de manera individualizada vía correo electrónico en un formato de formulario "*Google Forms*" ® con un plazo de respuesta de 10 días. El formulario contenía primeramente un resumen de la investigación a modo de contextualización para los expertos y se diseñó de manera de que cada experto respondiera anónimamente. En segunda instancia iban las instrucciones de validación para estos mismos. Luego, se encontraban las 32 preguntas creadas, las que iban separadas según la variable a la que tributaban. Para la validación de esta etapa, cada experto debía indicar por cada pregunta, mediante una escala tipo Likert, qué tan de acuerdo estaba respecto a cómo será planteada la pregunta en la ficha de recolección de datos según redacción y contenido, otorgándole valores a cada posible respuesta de la escala Likert utilizada, la que abarcaba 5 respuestas posibles: "*Muy de acuerdo*", "*De acuerdo*", "*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*", "*Desacuerdo*", "*Muy en desacuerdo*", resultando los valores "5", "4", "3", "2" y "1" respectivamente. Además, luego de la sección de cada variable se incluyó un cuadro de sugerencias o modificaciones por parte de

los expertos para las preguntas, así como también se incluyó un cuadro al final del formulario donde estos mismos podrían indicar alguna sugerencia general respecto al proceso.

Posteriormente, a partir de las respuestas entregadas por cada uno de los expertos se realizó un análisis cuantitativo, donde se calculó el promedio obtenido para cada pregunta, donde todas aquellas preguntas que obtuvieron un promedio superior a 3,5 (media de los valores para cada respuesta) se considerarán aceptadas. Es así como se obtuvieron los siguientes resultados (Ver Tabla N°39):

Variable	Pregunta	Puntaje promedio	Evaluación
"Gasto de Bolsillo"	¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado con la atención?	4,67	Aceptada
	¿Usted dejó de asistir a su hora odontológica por no poder pagar sus prestaciones de salud?	4,67	Aceptada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?	4	Aceptada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su corona dental?	4,67	Aceptada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su prótesis dental?	4,67	Aceptada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus medicamentos?	4	Aceptada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar su cepillo dental?	3,34	Rechazada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para comprar la pasta dental indicada?	3,34	Rechazada
	¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para comprar su seda dental?	3,34	Rechazada

	¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para pagar la movilización al centro de salud?	3,67	Aceptada
"Contexto pandemia por COVID - 19"	¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?	5	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?	5	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?	4,67	Aceptada
"Percepción de falta de necesidad"	¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro establecimiento de salud?	4,33	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?	5	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?	4,67	Aceptada
"Dificultad de transporte"	¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?	4,67	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?	4	Aceptada
"Dificultad por trabajo"	¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?	4,67	Aceptada
	¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?	4	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?	4,33	Aceptada
"Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo"	¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?	4,67	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano	4	Aceptada

	estaba enfermo?		
	¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?	4	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?	4	Aceptada
"Olvido de citación por parte del paciente"	¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal?	4,67	Aceptada
	¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?	4	Aceptada
"Citación médica agendada a la hora médica agendada"	¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?	4,67	Aceptada
	¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?	4,33	Aceptada
"Imprevistos del paciente previos a la atención odontológica"	¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?	5	Aceptada
	¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano?	4,67	Aceptada
	¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?	4	Aceptada

Tabla N°39: Puntajes promedios obtenidos de los expertos por pregunta, según redacción y contenido.

A partir de dichos cálculos y las sugerencias realizadas por parte de los expertos, se determinó la eliminación de tres preguntas correspondientes a la variable "Gasto de bolsillo" debido a que no cumplieron con el puntaje promedio para ser aprobadas. Estas preguntas correspondían a las siguientes:

- "¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar su cepillo dental?"
- "¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para comprar

la pasta dental indicada?”

- *“¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para comprar su seda dental?”*

En reemplazo de estas tres preguntas eliminadas se creó la siguiente nueva pregunta: *“¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?”* y se envió nuevamente sólo esta pregunta, ya que las demás se encontraban aceptadas por los expertos. Se envió, por tanto, un nuevo formulario explicando en primer lugar las modificaciones realizadas y solicitando a los expertos indicar nuevamente qué tan de acuerdo están respecto a cómo será planteada la pregunta en la ficha de recolección de datos según redacción y contenido, donde la pregunta obtuvo un puntaje promedio de 5, considerándose aceptada.

De esta forma, se finaliza la etapa analítica del Método Prospectivo de Delphi, obteniendo un total de 30 preguntas que conformarán finalmente la ficha de recolección de datos. Este instrumento final tendrá respuestas dicotómicas en base a los factores involucrados en la no asistencia a la consulta odontológica agendada.

- Fase final (Prueba piloto):

Durante la fase final del Método Prospectivo de Delphi se realizó el pilotaje vía telefónica, evaluando la fiabilidad por repetitividad, intraobservador y consistencia interna. La fiabilidad del cuestionario se evaluará utilizando la prueba estadística *“Alfa de Cronbach”*.

Se considerará un valor aceptable de consistencia interna un 0,7. La cantidad de NSP entre Enero y Junio del CAE fue de 778, una prevalencia de ocurrencia (p) de 15,7% y error muestral (e) del 3%, obteniendo un total de 124 participantes como tamaño muestral. Se agregó un 5% en razón de las posibles pérdidas durante el desarrollo de la investigación, dando como resultado 130,5, el cual se aproximó a 131 participantes. Para la prueba piloto, la ficha de recolección de datos se aplicó a un tamaño muestral para población finita, determinado por la siguiente fórmula: $n=124 \cdot 15,7 \cdot 84,3 / 100 \cdot (124-1) + 15,7 \cdot 84,3 = 12,05$ personas. Donde N es igual a 124,

p es igual a 15,7%, q es igual a 84,3% y e es igual a 10%. Al ajustarse en un 5% por las posibles pérdidas, se obtuvo 12,6 y se aproximó a 13 participantes, el cual a su vez se redondeó a 15 participantes como margen de seguridad y que fuese lo más representativo del número total de personas a encuestar del total; éstos debían cumplir con los requisitos de ser mayores de 18 años, no ser estudiantes de Odontología o Cirujanos-Dentistas y haber faltado al menos 1 vez a una cita odontológica programada durante el período de enero – junio del 2021.

Durante el encuentro telefónico se saludó a los participantes y se realizó la presentación del encuestador, indicándose el título de la investigación; luego se les pregunta si desean o no seguir escuchando más información al respecto, si la respuesta del participante era negativa, el llamado terminaba en ese momento, en cambio si era afirmativa se continuaba con la lectura del consentimiento informado en su totalidad, al final de éste se le pregunta al participante si desea participar en la investigación y de ser positiva su respuesta se comenzaba con el proceso de lectura de la ficha de recolección de datos con las preguntas propiamente tal. El 100% de los participantes desearon participar de la investigación.

La ficha de recolección de datos consiste en 30 preguntas dicotómicas sobre las variables: “Gasto de bolsillo”, “Contexto pandemia COVID-19”, “Percepción de falta de necesidad”, “Dificultad de transporte”, “Dificultades por trabajo”, “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo”, “olvido de citación por parte del paciente”, “Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada” e “Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica”. Cabe señalar que, durante la aplicación de la encuesta, se determinó que para aquellas preguntas asociadas a la variable “Gasto de bolsillo” se aplicaría en primera instancia la pregunta *¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado con la atención?* Si el encuestado responde afirmativamente, se le aplicaría el resto de las preguntas asociadas a esta variable. En el caso de que el encuestado respondiera negativamente, se continuará con las preguntas asociadas a las siguientes variables.

La información recolectada fue ingresada de manera individualizada por cada miembro encuestador en un formato de formulario “Google Forms” ®, luego los datos fueron analizados mediante una distribución de frecuencias, la cual fue ordenada en una tabla (Tabla N°4), y medidas de tendencia central para la variable “Edad”, además se calculó el porcentaje promedio para cada variable.

Con respecto a la tabla de distribución de frecuencias (Tabla N°40), la edad de los participantes fue ordenada por intervalos de 19 años entre el límite inferior y superior del mismo y se calcularon las medidas de tendencia central de esta variable, dando como resultado que la media (\bar{x}), de fórmula $\sum x_i \cdot f_i / n$, es de 41,5 años correspondiendo al promedio de edades, mientras que la mediana (Me), de fórmula $n-1/2$, entrego como resultado que la posición de la mediana está en la frecuencia absoluta acumulada de valor 7, por lo que la mediana corresponde al límite superior del intervalo, que en este caso es de 39 años; finalmente la moda (Mo) es de 43,4 años, la cual se calculó entre los dos intervalos con mayor frecuencia absoluta, a partir de la fórmula: $L_i + f_i - f_{i-1} / (f_i - f_{i-1}) + (f_{i+1}) \cdot a_i$.

Intervalos de edad (años)	Marca de clase (x_i)	Frecuencia absoluta (f_i)	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	$X_i \cdot f_i$
0-19	9,5	2	2	0,133	0,133	19
20-39	29,5	5	7	0,333	0,466	147,5
40-59	49,5	5	12	0,333	0,799	247,5
60-79	69,5	3	15	0,200	0,999 \cong 1	208,5
Total (n)		15		0,999 \cong 1		622,5

Tabla N°40: *Distribución de frecuencias para la variable “Edad”.*

Al realizar el desglose cuantitativo de los resultados, es posible observar que del total de encuestados un 60% (9 participantes) respondió negativamente a la pregunta “¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado a la atención?”, la cual representa la variable “Gasto de bolsillo”. Del 40% que respondió afirmativamente a la interrogante anterior (ver Figura N°10), un 100% respondió faltar a la cita odontológica por no poder costear sus prestaciones de salud, siendo éste el factor más relevante en este ítem; seguido por un 66,7% que contesta no poder pagar sus radiografías fue uno de los motivos por los cuales no se presentaron a la citación (ver Figura N°11). Cabe destacar que el 66,7% indica que no ha faltado a su cita odontológica por no poder costear sus útiles de higiene dental (ver Figura N°12).

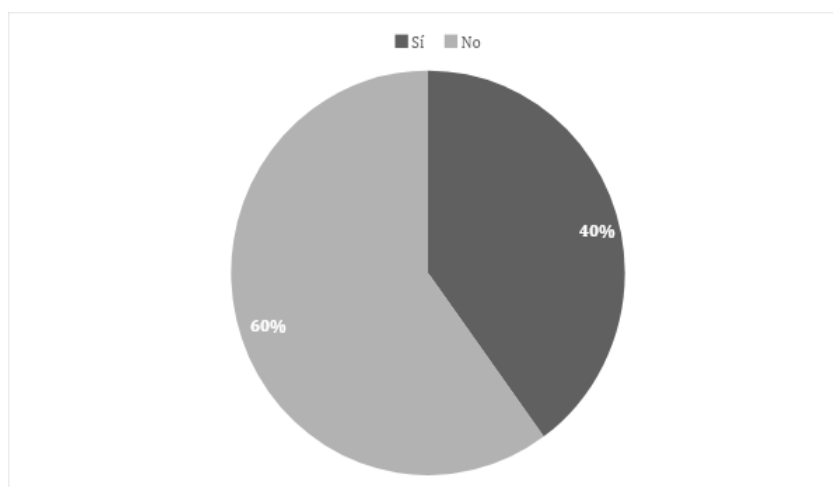


Figura N°10. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado a la atención?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

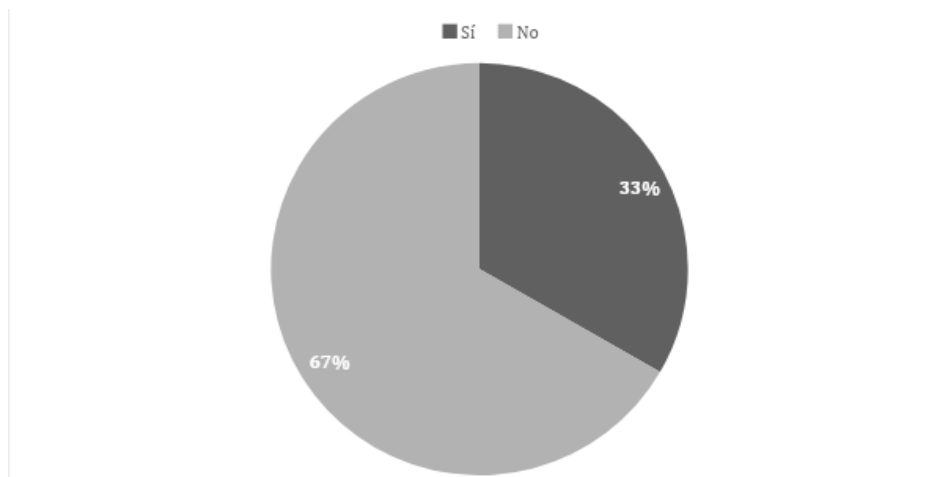


Figura N°11. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

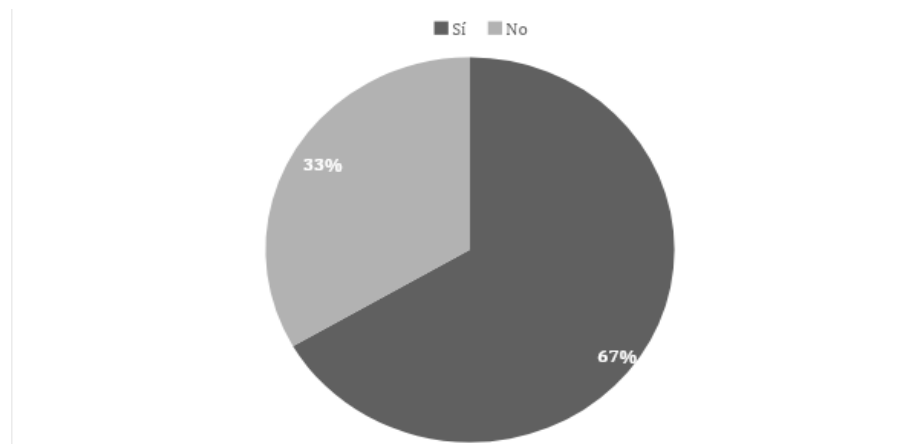


Figura N°12. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

Luego de concluida las preguntas sobre la variable anterior, se continuó la recolección de datos con el total de participantes (15 personas). Para la variable

“Contexto pandemia COVID-19” se obtuvo como resultados que el 73,3% no faltó a su cita odontológica por temor al contagio (ver Figura N°13), el total de los participantes respondió que haber sido confirmado por COVID- 19 tampoco fue un factor involucrado con la inasistencia. En esta misma línea, para la última pregunta de esta variable fue posible recabar que un 20% de los participantes no pudo asistir debido a ser contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19 (ver Figura N°14).

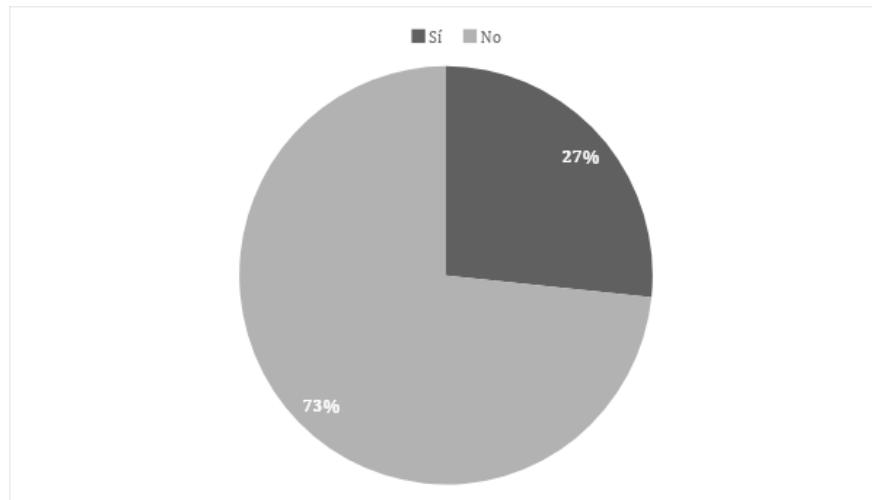


Figura N°13. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

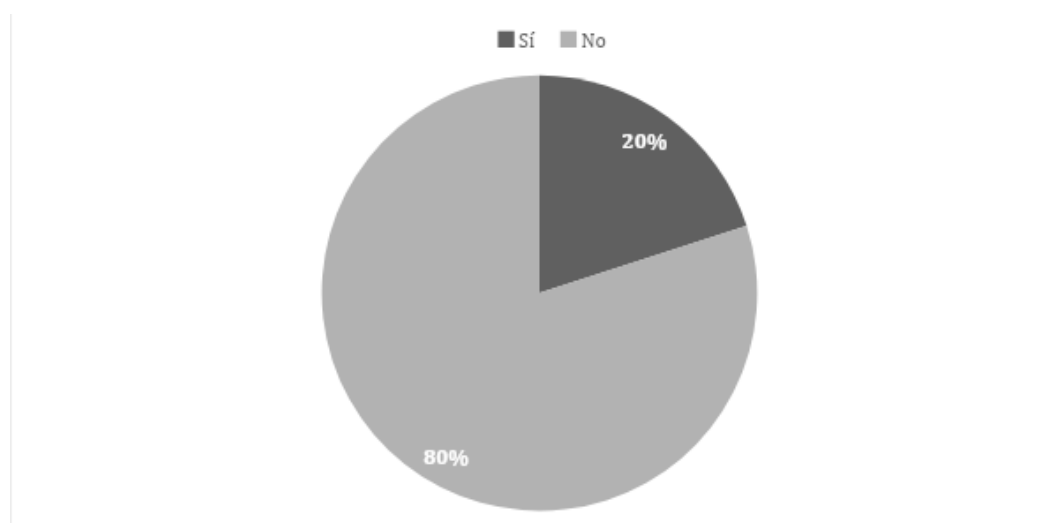


Figura N°14. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

En tanto para la variable “Percepción de falta de necesidad” los resultados mostraron que la mayoría de los participantes (66,7%) contestó que resolver su problema odontológico en otro establecimiento de salud no fue motivo de su inasistencia (ver Figura N°15). El 46,7% del total contestó afirmativamente a la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?” (ver Figura N°16), mientras que un 26,7% respondió que no asistió a la cita odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió con sus expectativas (ver Figura N°17).

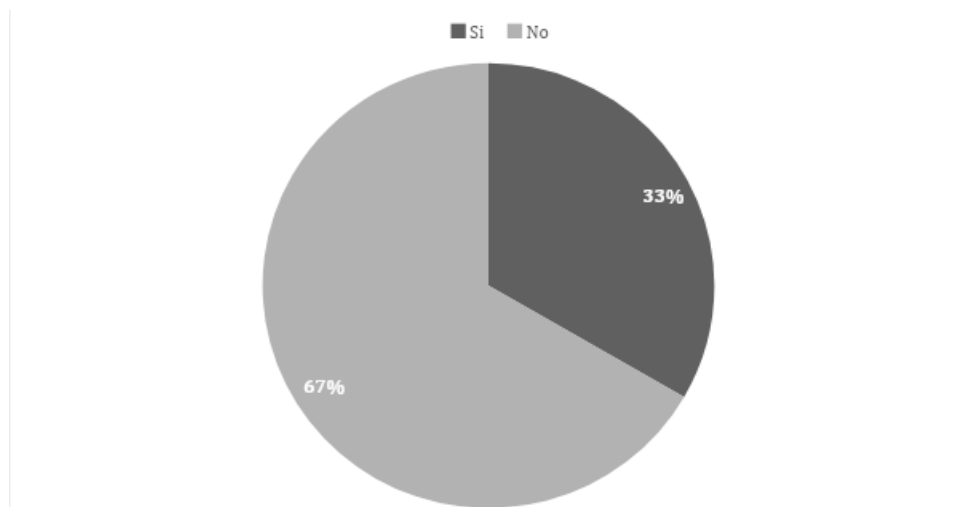


Figura N°15. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro establecimiento de salud?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

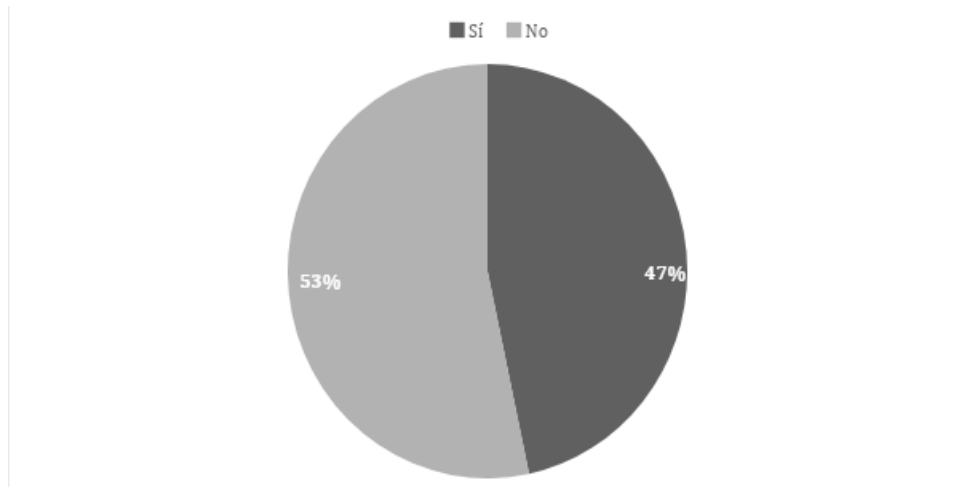


Figura N°16. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

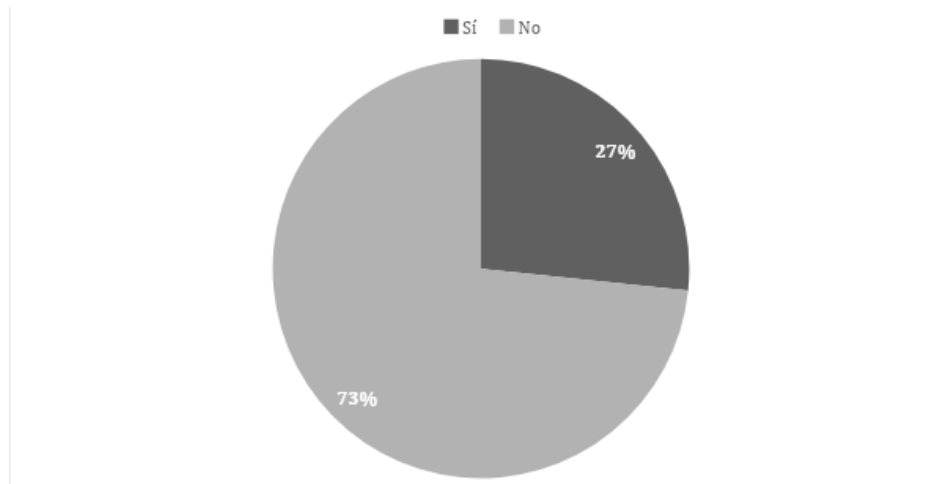


Figura N°17. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

Con respecto a la variable “Dificultad de transporte”, solo un 20% de los participantes respondió afirmativamente a que no disponer con algún medio de transporte público fue un factor influyente en no asistir a la cita programada (ver Figura N°18), del mismo modo un 26,7% respondió que no contar con un medio de transporte privado influyó en su inasistencia (ver Figura N°19). Mientras que para la variable “Dificultades por trabajo”, 5 participantes (33,3%) contestaron que faltaron a su cita odontológica por no contar con permiso laboral (ver Figura N°20), un 26,7% del total respondieron que faltaron por insuficiencia de reemplazos para su cargo (ver Figura N°21). Finalmente, un 13,3% de los participantes respondieron

afirmativamente a la pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?” (ver Figura N°22).

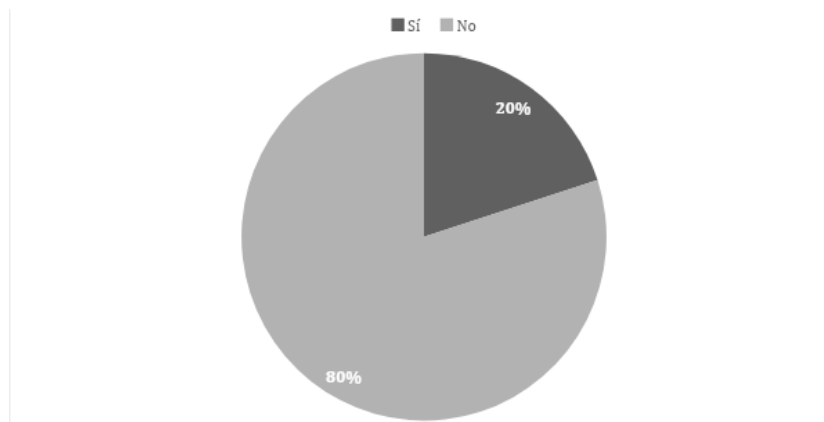


Figura N°18. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

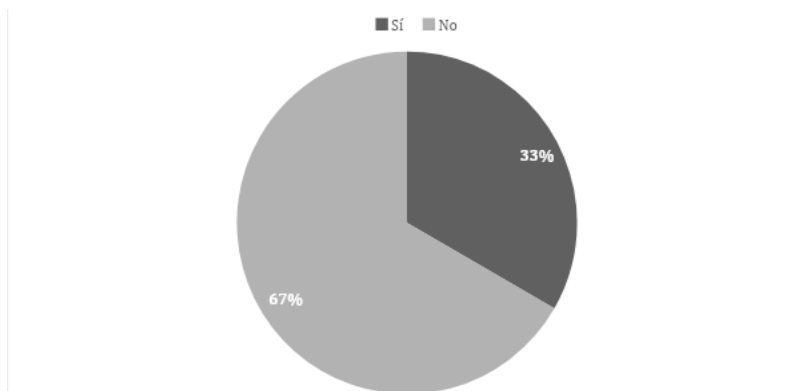


Figura N°19. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?”.

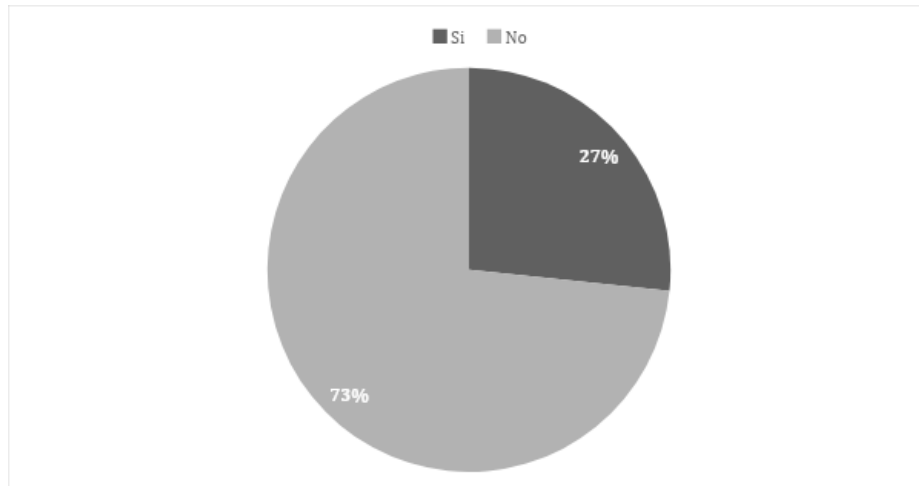


Figura N°20. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

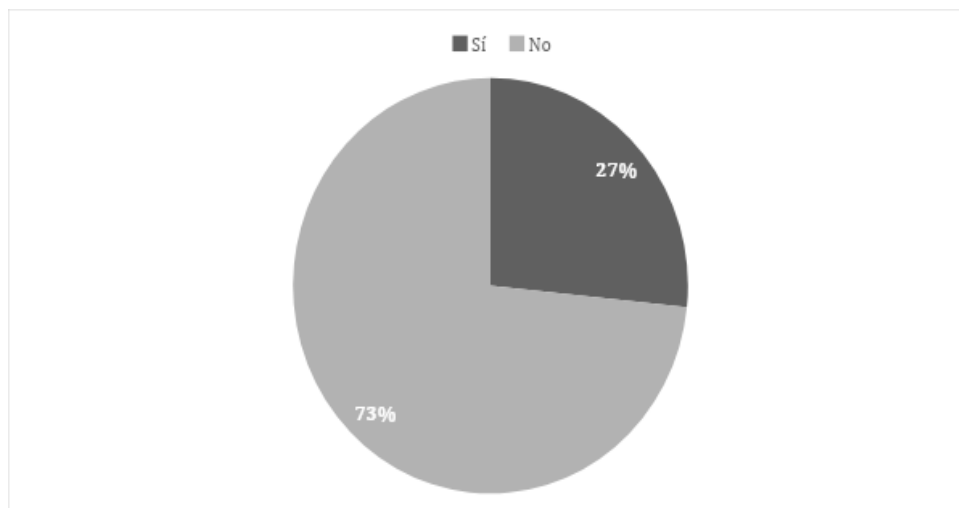


Figura N°21. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

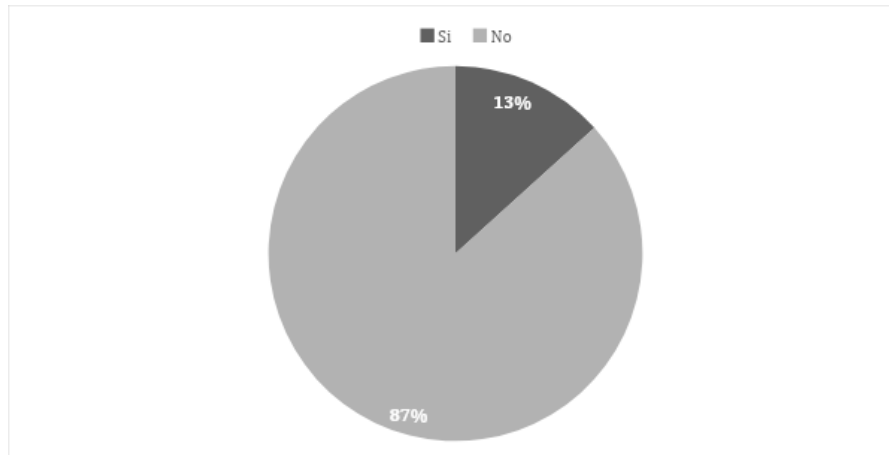


Figura N°22. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

Para la variable “Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo”, 13 participantes (86,7%) respondieron negativamente a la pregunta “¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?” (ver Figura N°23), mientras que un 80% contestaron que la enfermedad de un familiar o cercano no tuvo incidencia en la inasistencia (ver Figura N°24). Siguiendo en esta misma variable, un 33,3% del total contestaron “Sí” a haber faltado por estar a cargo de un familiar o de otra persona (ver Figura N°25). En tanto un 13,3% respondió que

faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico (ver Figura N° 26).

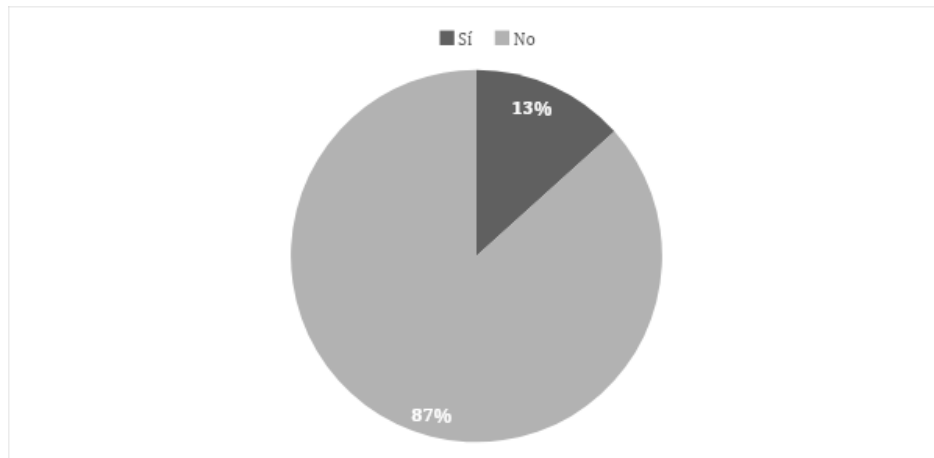


Figura N°23. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

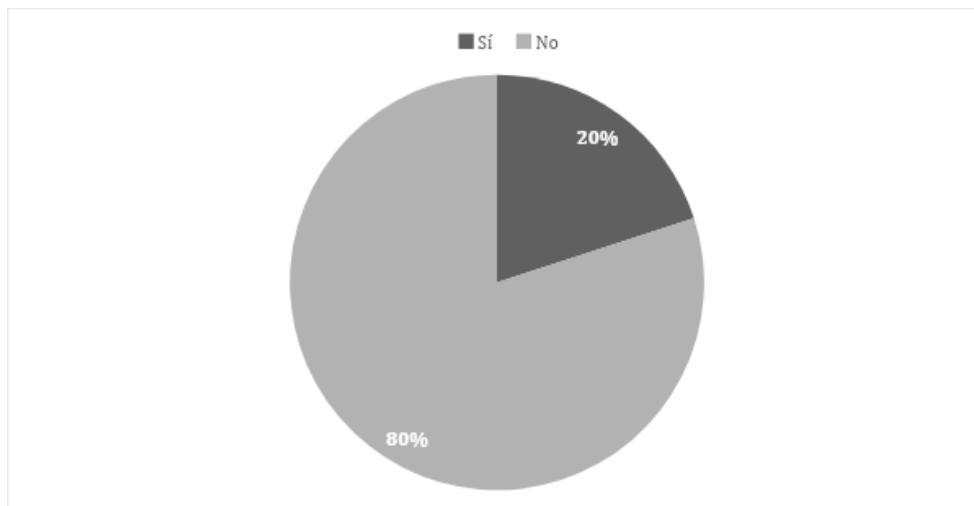


Figura N°24. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

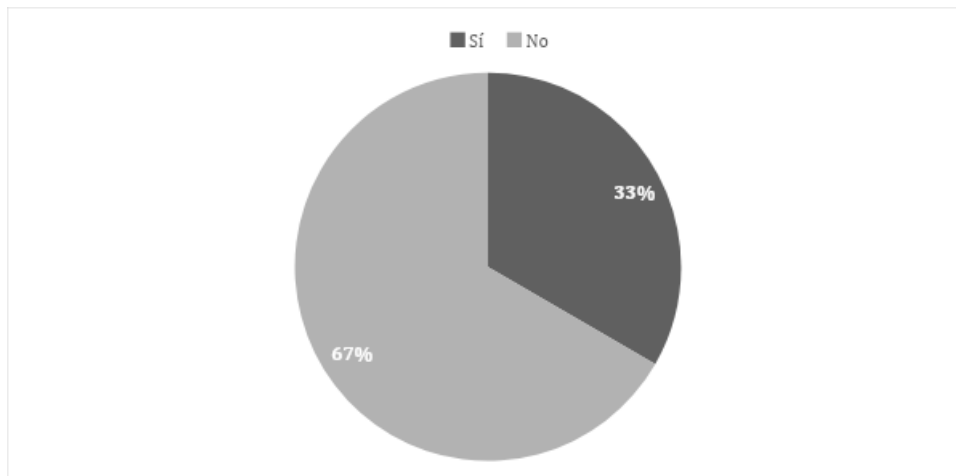


Figura N°25. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

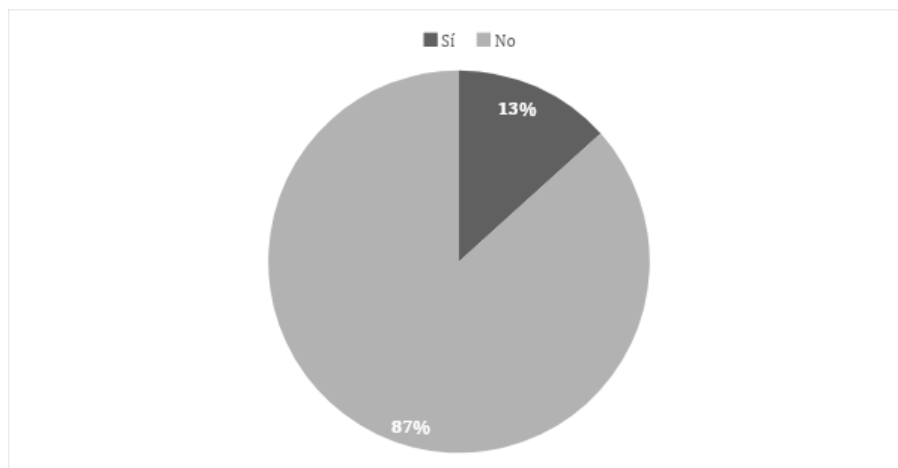
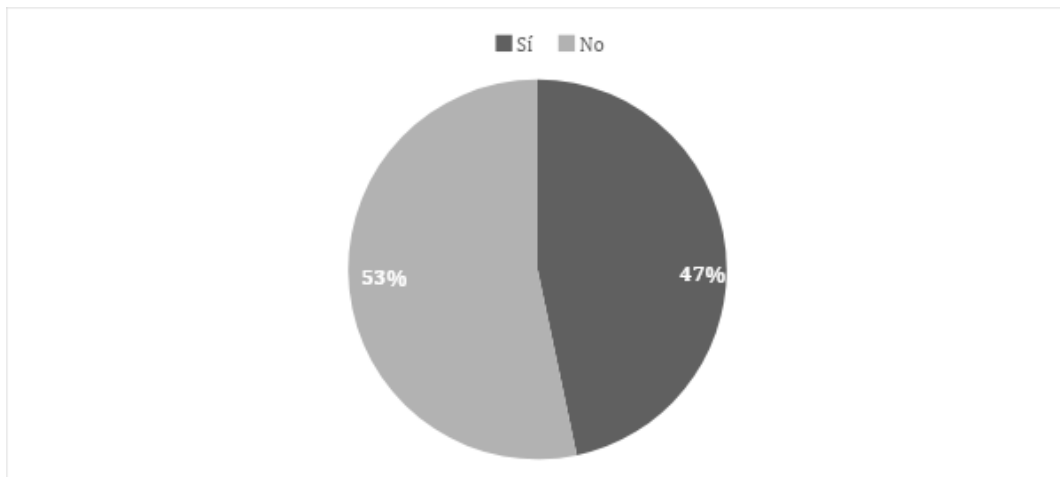


Figura N°26. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

En cuanto a la variable “Olvido de citación por parte del paciente”, un 46,7% de los participantes, es decir, 7 de ellos, afirmaron que faltaron a su citación por olvido

personal (ver Figura N°27), en tanto este mismo porcentaje indicó afirmativamente a que faltaron por no recibir algún llamado desde el Hospital (ver Figura N°28).

Figura N°27. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora



odontológica programada por olvido personal?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

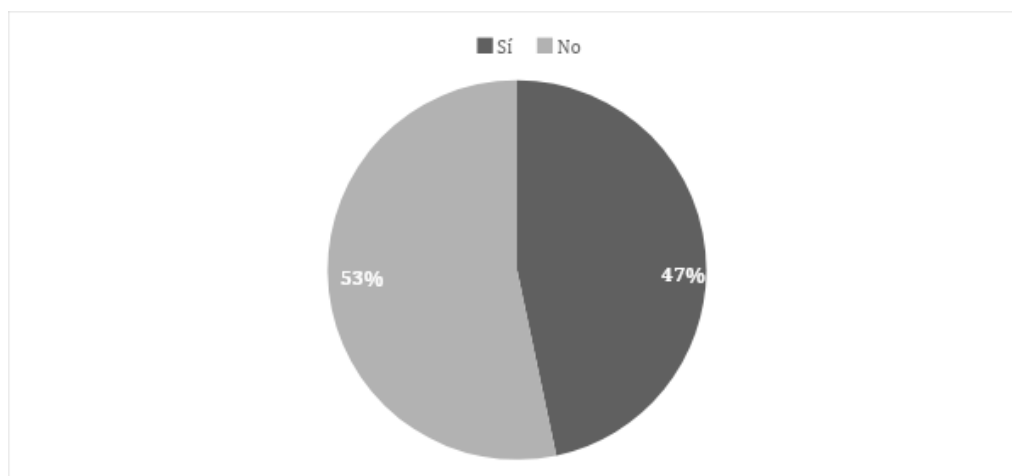


Figura N°28. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

En relación a “Citación médica simultánea a la hora odontológica agendada”, en ambas preguntas un 80% respondió que su inasistencia no se debió a tener al mismo tiempo una cita médica, ni por considerar que una citación médica era más importante en ese mismo momento (ver Figuras N°29 y N°30)

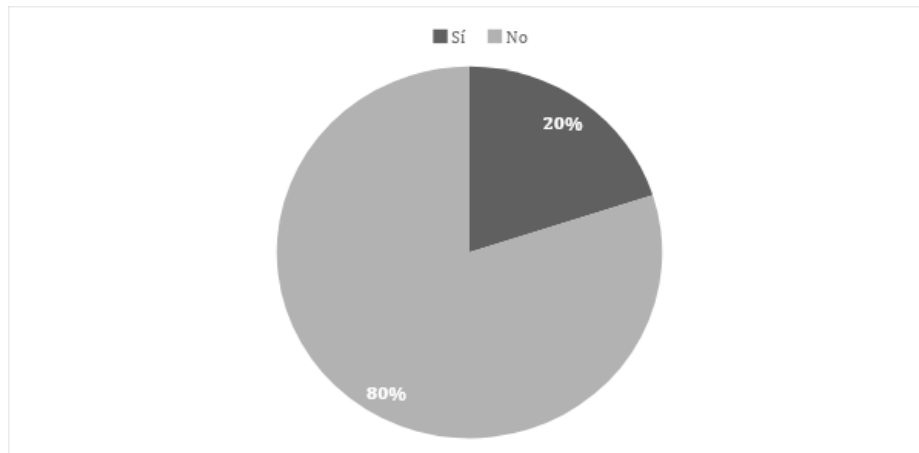


Figura N°29. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

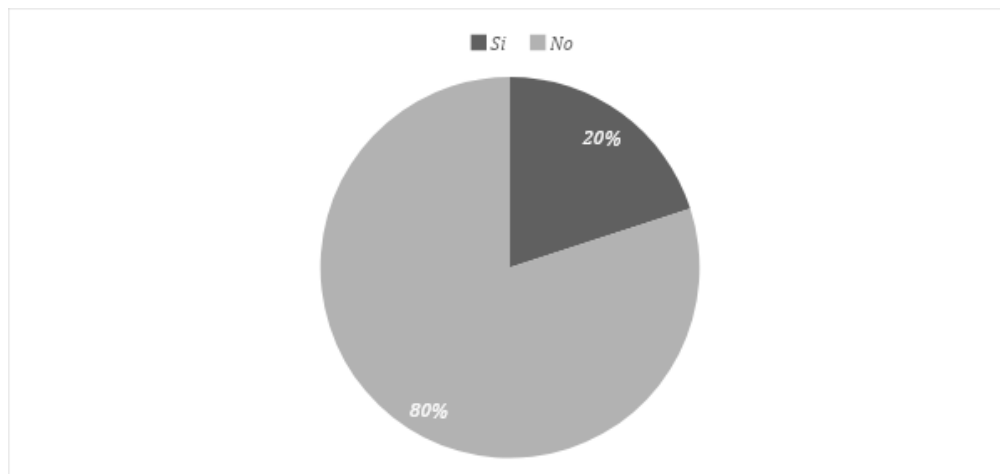


Figura N°30. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

Finalmente, para la variable “Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica”, un 40% respondió “Sí” a la pregunta “¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?” (ver Figura N°31). Del total de participantes ninguno de ellos respondió afirmativamente a que la inasistencia a su citación odontológica fue por algún accidente propio o de un cercano; y un 6,7% contestó que perdió su cita porque fue llamado del trabajo camino al odontólogo (ver Figura N°32).

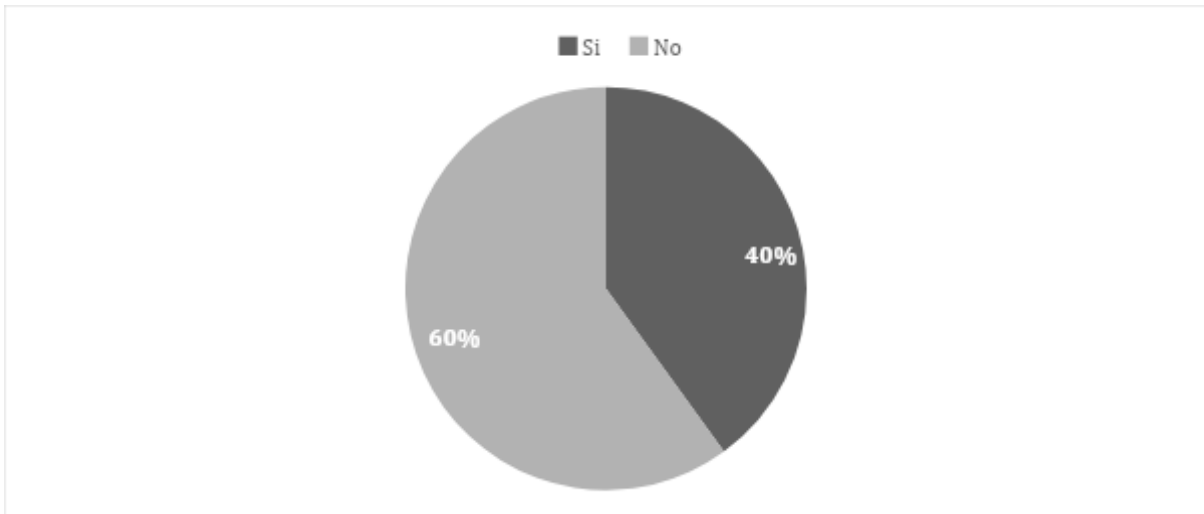


Figura N°31. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

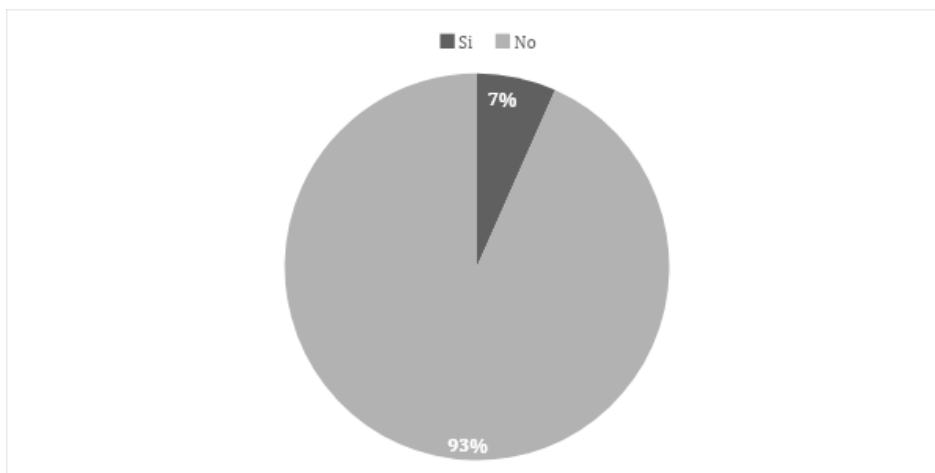


Figura N°32. Esquematización de respuestas a pregunta “¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?”. Nota. Para efecto de los gráficos, los porcentajes de cada respuesta se encuentran aproximados.

En cuanto a los resultados cualitativos, durante la aplicación piloto de la ficha de recolección de datos hubo problemas respecto a la comprensión de una de las preguntas correspondientes a la variable “Gasto de bolsillo”, específicamente la siguiente pregunta “¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?”. Las dudas iban orientadas al significado de “útiles de higiene dental”, por lo que, se llegó al consenso entre los investigadores y aplicadores de la encuesta que si durante el proceso de aplicación esta surgían dudas con esta pregunta, se indicarán los siguientes tres ejemplos a modo de aclaración del concepto: cepillo de dientes, pasta dental, seda dental.

Por otro lado, también se registraron problemas respecto a las siguientes preguntas correspondientes a la variable “Dificultad por trabajo”: “¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?” y “¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?”. Los inconvenientes se presentaron en dos encuestas específicamente y eran referidas a que los encuestados percibían que las preguntas eran similares y redundantes. A partir de estas apreciaciones, se acordó entre los investigadores y aplicadores de la ficha de recolección de datos que no se realizarían cambios, debido a que el objetivo que contenía cada pregunta era diferente y excluyente entre sí.

Finalmente, respecto a las preguntas “¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?” y “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?” correspondientes a la variable “Presencia de comorbilidades propias de un tercero”, también generaron la percepción de similitud y redundancia en dos encuestados. En este caso, se acordó entre los investigadores y aplicadores de la encuesta la fusión de ambas preguntas, pues finalmente tenían un objetivo similar que es la imposibilidad de asistir a la cita odontológica programada por tener a un tercero a cargo, ya sea familiar o no familiar. Por lo tanto, estas preguntas serán aplicadas en forma de una sola pregunta de la siguiente manera “¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?”.

Cabe destacar, que respecto al resto de las preguntas aplicadas durante la prueba piloto de la ficha de recolección de datos no registraron comentarios, por lo que, se mantendrá la forma de aplicación de esta para la recolección de datos de datos definitiva.

Una vez realizado el pilotaje, se procedió a digitalizar todas las respuestas en una base de datos en formato tipo Excel®, codificando cada pregunta, desde la 1 a la 30, como ítems del 1 al 30 respectivamente, respetando el orden de la preguntas aplicado durante el pilotaje. Posteriormente, como las respuestas posibles para cada pregunta eran de tipo dicotómicas y cualitativas, se realizó la codificación de éstas, de manera que aquellas respuestas afirmativas, es decir, “Sí” se codificaron con el número “1” y aquellas respuestas negativas, es decir, “No”, se codificaron con el número “2”.

Todo lo anterior, se realizó con el fin de evaluar la fiabilidad del cuestionario mediante la prueba estadística “Alfa de Cronbach”. Antes de aplicar esta prueba estadística, se organizó la información en la base de datos en un tabla donde las columnas representaban los ítems y las filas representaban a cada encuestado o sujeto participante del pilotaje y se calculó la varianza para cada ítem según las respuestas de cada encuestado, para posteriormente calcular la suma de todas estas varianzas. Realizado este cálculo, se procedió a aplicar la prueba estadística

“Alfa de Cronbach” para los 30 ítems, la cual arrojó un valor de 0,7734 (Tabla N°41: Estadísticos de fiabilidad), lo que según George y Mallery (2003) es considerado una confiabilidad de tipo “aceptable”, cabe destacar que este valor es una propiedad inherente del patrón de respuesta de la población estudiada².

Número de ítems	Alfa de Cronbach	Interpretación
30	0,7734	“Aceptable” ²

Tabla N°41: *Estadísticos de fiabilidad.* Nota. Fuente: Soler SF, Soler L. Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Rev. Med. Electrón. 2012; 34(1): 1-6.

2. Carta aprobación del comité de ética.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

Valparaíso, 13 de enero de 2022

Sr.
Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Investigador Responsable
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado "**Factores involucrados con inasistencias a citas agendadas de especialidades odontológicas de los/las usuarios/as del Centro de Especialidades Adosado al Hospital de Quilpué entre enero-junio 2021**", bajo el código PREG-08-21, el que no presenta reparos desde el punto de vista metodológico y/o bioético. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

La validez de esta aprobación es por un año a partir de esta fecha. Al término de ese plazo, le solicitamos realice un informe respecto de su investigación y enviarlo a este Comité. Podrá asimismo, de ser necesario, solicitar una prórroga de esta aprobación por otro periodo de un año.

Atentamente,

RICARDO
ALBERTO
MORENO
SILVA
Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

Firmado digitalmente por RICARDO ALBERTO MORENO SILVA
Nombre de reconocimiento (DN): c=CL, st=QUINTA - REGION DE VALPARAISO, ou=VALPARAISO, ou=Universidad de Valparaíso, ou=Terminos de uso en www.ia.com/usuarios/otroes
DN: SECRETARIO DE FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COMUNICADO ALBERTO MORENO SILVA, email=ricardo.moreno@uval.cl
Fecha: 2022.01.13 12:53:16 -03'00'



3. Consentimiento informado telefónico.

Sr./Sra. *[Nombre del participante]* Buenos Días/Tardes.

Soy *[Nombre del entrevistador]*, Estudiante de Odontología y pertenezco a la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Lo/la estamos llamando porque usted fue contactado por el Hospital de Quilpué y confirmó su participación en el estudio "Factores involucrados con inasistencias a citas agendadas de especialidades odontológicas del Hospital de Quilpué enero-junio 2021".

¿Estaría usted interesado/interesada en seguir escuchando en qué consiste esta investigación?

[NO] Muchas gracias por su tiempo.

[SI] Muchas gracias.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de aceptar participar en una encuesta telefónica que forma parte de una investigación en salud dirigida por Dr. Jorge Godoy Olave cuyo título es Cirujano Dentista, Especialista en Periodoncia.

El objetivo de esta investigación es determinar los factores involucrados con la inasistencia a horas clínicas odontológicas programadas en los usuarios y las usuarias adultos/as de diversas especialidades Odontológicas del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital de Quilpué, durante el período de enero-junio 2021.

Este encuentro telefónico abordará la situación de inasistencia a las consultas odontológicas relacionada a salud; esta información es primordial para el desarrollo de esta investigación por lo que su participación será de gran ayuda. Si acepta participar, se le pedirá responder de manera individual y por teléfono, un cuestionario de 7 preguntas, las que debe responder sólo con un "Sí" o un "No", dependiendo si la situación lo representa o no. Este cuestionario le tomará alrededor de 10 minutos y en caso de presentar cualquier duda con respecto a palabras o

conceptos, el alumno encuestador, miembro del equipo de investigación, le responderá con gusto.

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos y no hay riesgos por participar. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento.

Durante esta investigación existe la posibilidad de que Ud. sienta algún malestar emocional y/o psicológico al momento de entregar información personal. Por lo que se contemplan medidas destinadas a la protección, contención y/o mitigación, las cuales consisten en una primera instancia en mantener el contacto con el investigador encargado de su encuesta, para luego evaluar la necesidad de ser derivado a un profesional adecuado, en este caso, Psicóloga Clínica Mención Organizacional, Daniela Farías Villegas.

Es importante que usted sepa que se guardará confidencialidad de sus datos y toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación. Además, toda la información que usted entregue será almacenada en la cátedra de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Subida Carvallo #211, Playa Ancha, Valparaíso, y luego de un plazo de 5 años será destruida.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad de los participantes no será revelada. Si Ud. desea ser informado(a) sobre los resultados obtenidos de esta información, deberá dar un correo electrónico de contacto para enviársela a_____ . En caso de que no desee ser informado sobre los resultados, esto quedará registrado en este mismo documento:_____.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento,

sin mediar explicación, y sin consecuencia para usted, con solo finalizar este llamado.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación o desea comunicarse con el investigador responsable de manera urgente, puede contactar al Dr. Jorge Godoy Olave, Teléfono +569 94389468; correo electrónico: jorge.godoy@uv.cl. (esta parte debe señalarse lentamente y ofrecer al participante la opción de tomar nota).

Esta investigación ha sido evaluada, revisada y aceptada por el Comité Ético Científico de Proyectos Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria, Srta. Claudia Cañete Hernández, al teléfono +56 32-2508500, a través del mail institucional tesis.odontologia@uv.cl (esta parte debe señalarse lentamente y ofrecer al participante la opción de tomar nota).

En caso de que usted mantenga dudas con respecto a la investigación y desee resolverlas antes de dar su consentimiento por este medio, si usted se siente cómodo el alumno encuestador (miembro de la investigación) puede solventarlas.

A continuación indique su interés en participar o no en esta investigación, puede tomarse el tiempo que desee para tomar la decisión.

Nota: si usted responde “Sí”, se entiende que ha consentido participar en la investigación, y se procederá con la entrevista. Por el contrario, si responde “No”, le agradeceremos su tiempo, y daremos por finalizada la llamada.

SÍ, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

Este consentimiento se aplicó el día _____ de _____ del año _____, a las _____: _____

4. Ficha de recolección de datos.

Nº de ficha:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores Involucrados con inasistencias a citas agendadas de especialidades odontológicas de los/las pacientes del hospital de Quilpué enero - junio 2021

- 1) Datos de Identificación (extraídos de base de datos TrakCare®):
 - A. Edad:
 - B. Sexo:
- 2) Datos sistema de salud (extraído de base de datos TrakCare®):
 - A. Sistema aseguramiento de salud:
- 3) Datos cita o citas inasistentes de especialidad/es odontológica (extraído de base de datos TrakCare®):
 - A. Categoría de cita o citas inasistentes:
 - B. Especialidad odontologica de la cita o citas inasistentes:
 - C. Número de citación o citaciones inasistentes a especialidad odontológica:
- 4) Factores relacionados a consultas inasistentes programadas:

[A partir de este punto se aplica la pauta de encuesta telefónica y el investigador debe leer el texto sin alteraciones o modificaciones].

A continuación, le haré una serie de preguntas respecto a factores relatados en la literatura que se han asociado a inasistencias a consultas médicas programadas. Para cada pregunta, debe responder con un “Sí” o un “No”, dependiendo de si usted cree que esa razón influyó o no alguna vez en su inasistencia.

Variable “**Gasto de bolsillo**”:

1. ¿Faltó a su cita odontológica por no poder costear algo relacionado con la atención?

Si ____ No ____

- *Si la respuesta es sí, se continúa con las siguientes preguntas relacionadas a "gasto de bolsillo". Si la respuesta fue negativa, se continúa con la siguiente variable.*

2. ¿Usted dejó de asistir a su hora odontológica por no poder pagar sus prestaciones de salud?

Si ____ No ____

3. ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus radiografías?

Si ____ No ____

4. ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su corona dental?

Si ____ No ____

5. ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar los gastos asociados a la confección de su prótesis dental?

Si ____ No ____

6. ¿Usted faltó a su hora odontológica por no poder pagar sus medicamentos?

Si ____ No ____

7. ¿Usted faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero necesario para comprar sus útiles de higiene dental?

Si ____ No ____

8. ¿Faltó a su hora odontológica por no contar con el dinero para pagar la movilización al centro de salud?

Si ____ No ____

Variable **“Contexto pandemia COVID-19”**:

9. ¿Faltó a su hora odontológica por temor al contagio del COVID-19?

Si ____ No ____

10. ¿Faltó a su hora odontológica por haber sido confirmado de COVID-19?

Si ____ No ____

11. ¿Faltó a su hora odontológica por haber sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19?

Si ____ No ____

Variable **“Percepción falta de necesidad de atención”**:

12. ¿Faltó a su hora odontológica porque solucionó su problema odontológico en otro establecimiento de salud?

Si ____ No ____

13. ¿Faltó a su hora odontológica porque cree que su problema odontológico no es importante o urgente?

Si ____ No ____

14. ¿Faltó a su hora odontológica porque el tratamiento propuesto o realizado no cumplió sus expectativas?

Si ____ No ____

Variable **“Dificultad de transporte”**:

15. ¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte público?

Si ____ No ____

16. ¿Faltó a su hora odontológica por no disponer de algún medio de transporte privado?

Si ____ No ____

Variable **“Dificultades por trabajo”**:

17. ¿Faltó a su hora odontológica por no contar con permiso laboral?

Si ____ No ____

18. ¿Faltó su hora odontológica por falta de reemplazos para su cargo?

Si ____ No ____

19. ¿Faltó a su hora odontológica porque trabaja de forma independiente y perdería ingresos por esto?

Si ____ No ____

Variable **“Presencia de comorbilidades propias o de un tercero a cargo”**:

20. ¿Usted padece alguna enfermedad que le haya impedido asistir a su hora odontológica?

Si ____ No ____

21. ¿Faltó a su hora odontológica porque algún familiar o cercano estaba enfermo?

Si ____ No ____

22. ¿Faltó a su hora odontológica por estar a cargo de un familiar o de otra persona?

Si ____ No ____

23. ¿Faltó a su hora odontológica por tener problemas de desplazamiento físico?

Si ____ No ____

Variable **“Olvido de citación por parte del paciente”**:

24. ¿Faltó su hora odontológica programada por olvido personal?

Si ____ No ____

25. ¿Faltó a su hora odontológica porque no recibió algún llamado por parte del Hospital?

Si ____ No ____

Variable **“Citación médica simultánea a la hora médica agendada”**:

26. ¿Faltó a su cita odontológica agendada por tener al mismo tiempo una citación médica?

Si ____ No ____

27. ¿Faltó su hora odontológica por considerar más importante una citación médica en ese mismo momento?

Si ____ No ____

Variable **“Imprevistos del paciente previo a la atención odontológica”**:

28. ¿Faltó a una cita odontológica por la realización de un trámite urgente?

Si ____ No ____

29. ¿Perdió su hora odontológica por un accidente suyo o de algún cercano?

Si ____ No ____

30. ¿Faltó a su cita odontológica porque fue llamado de su trabajo camino al dentista?

Si ____ No ____

Con esta pregunta, damos por finalizada la encuesta, le agradecemos como equipo su tiempo y participación en esta investigación.