

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Agustín Izaguirre

DETERMINANTES Y ESTRATEGIAS DE GESTIÓN FRENTE AL AUSENTISMO EN TURNOS MÉDICOS

Kinesiológicos y estudios complementarios en una red de
salud ambulatoria multiespecialidad de Buenos Aires

2026

Citar como: Izaguirre, A. (2026). Determinantes y estrategias de gestión frente al ausentismo en turnos médicos: kinesiológicos y estudios complementarios en una red de salud ambulatoria multiespecialidad de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/4263>

TITULO:

“Determinantes y estrategias de gestión frente al ausentismo en turnos médicos - Kinesiológicos y estudios complementarios en una red de salud ambulatoria multiespecialidad de Buenos Aires”

PALABRAS CLAVE: Ausentismo, Turnos médicos, Atención ambulatoria, Gestión de agendas, Economía de la salud, Calidad asistencial, Eficiencia en salud

Resumen:

El ausentismo a turnos médicos, kinesiológicos y estudios complementarios programados constituye una problemática relevante para la gestión de organizaciones de salud, debido a su impacto en la eficiencia operativa, la calidad asistencial y la sustentabilidad económica. El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo analizar la magnitud del ausentismo durante el año 2024 en una red de salud ambulatoria multiespecialidad con seis, así como identificar sus principales determinantes y proponer estrategias de gestión orientadas a mejorar la asistencia efectiva.

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo. El abordaje metodológico combinó el análisis de datos secundarios provenientes del sistema institucional de gestión de turnos, con información primaria obtenida mediante encuestas a referentes clave de la organización (directivos, coordinadores de turnos y encargados de sedes). Se analizaron tasas de ausentismo según tipo de prestación, especialidad, sede y período del año, y se exploraron factores organizacionales y comunicacionales asociados.

Los resultados evidenciaron que las tasas de ausentismo observadas son comparables a las reportadas en la literatura internacional, aunque con variabilidad significativa entre sedes, servicios y momentos del año. Se identificó mayor ausentismo en consultas médicas y kinesiólogía en determinados meses, y menores tasas en contextos de alta demanda de cardiología. Asimismo, se constató la efectividad de estrategias como los recordatorios multicanal (correo electrónico y WhatsApp) y la necesidad de un seguimiento sistemático mediante indicadores de gestión.

Se concluye que el ausentismo es un fenómeno multicausal que requiere un abordaje integral, combinando intervenciones tecnológicas, comunicacionales y organizativas. La implementación de estrategias basadas en evidencia y adaptadas al contexto institucional puede contribuir a reducir la pérdida de oportunidad asistencial, optimizar el uso de recursos y mejorar el rendimiento global de la organización de salud ambulatoria

ABREVIATURAS:

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

IA: Inteligencia Artificial

SMS: Short Message Service (Servicio de Mensajes de Texto)

IVR: *Interactive Voice Response* (Respuesta de Voz Interactiva)

USD: United States Dollar (Dólar estadounidense)

CRM: *Customer Relationship Management* (Gestión de Relaciones con Clientes)

Introducción

El ausentismo en turnos médicos, de kinesiología y estudios complementarios constituye una problemática crítica en la gestión de organizaciones de salud ambulatorias. Este fenómeno, conocido internacionalmente como *no-show*, se traduce en una pérdida de oportunidad asistencial, subutilización de recursos humanos y tecnológicos, desequilibrios en la planificación de la demanda y un impacto directo en la eficiencia y sostenibilidad de las instituciones (Dantas, Fleck, Oliveira & Hamacher, 2018; DuMontier, Rindfleisch, Pruszyński & Frey, 2013). A nivel global, la literatura reporta tasas de ausentismo que oscilan entre el 5% y el 30%, con variaciones según especialidad, características de la población atendida y modalidad de gestión (Valero-Bover, Alcalde-Rubio, Rivas-Ruiz & Rodríguez-Barranco, 2019). Cada cita perdida representa no solo un costo operativo directo, sino también un costo de oportunidad para pacientes en lista de espera, lo cual agrava las inequidades en el acceso y las demoras en los turnos (Parikh et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007).

En el contexto argentino, el ausentismo adquiere particular relevancia en instituciones de gran escala, donde aún tasas moderadas implican miles de turnos perdidos por año. Este es el caso de la red ambulatoria objeto de este estudio, con seis sedes distribuidas entre Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el norte del conurbano bonaerense, que en 2024 registró aproximadamente 390.000 prestaciones (consultas médicas multiespecialidad, kinesiología y estudios diagnósticos). En un sistema de esta magnitud, el ausentismo impacta de forma directa en la productividad de los profesionales, la calidad percibida por los pacientes y la sustentabilidad económica institucional.

Las causas del ausentismo son multicausales e incluyen factores individuales, sociales y organizacionales. Entre los principales predictores se encuentran el olvido, dificultades de comunicación institucional, tiempos prolongados de espera entre la solicitud y la cita, barreras logísticas como transporte o conflictos laborales (Lacy, Paulman, Reuter & Lovejoy, 2004; Neal, Hussain-Gambles, Allgar, Lawlor & Dempsey, 2005). Frente a ello, múltiples estrategias han mostrado efectividad: recordatorios multicanal (SMS, llamadas, WhatsApp), facilidades para cancelar o reprogramar, sistemas digitales de autogestión e incluso la aplicación de inteligencia artificial para optimizar la gestión de agendas (Guy et al., 2012; Topol, 2019).

Este trabajo se propone analizar la magnitud del ausentismo en turnos médicos y estudios complementarios en una red ambulatoria multiespecialidad, a fin de diseñar e implementar estrategias que mejoren la asistencia efectiva. El abordaje integra el análisis de registros institucionales y la perspectiva de actores clave, con el objetivo de generar recomendaciones aplicables que fortalezcan la eficiencia organizacional y reduzcan la pérdida de oportunidad en salud.

Formulación del problema y objetivos

Descripción y justificación del problema

El ausentismo a turnos médicos y estudios complementarios representa una problemática significativa para las organizaciones de salud. Esta situación genera una pérdida de oportunidad en la atención de pacientes, subutilización de recursos, desequilibrios en la gestión de la demanda y una disminución en la eficiencia operativa del sistema.

En una organización de salud que ofrece diversas modalidades de atención, como kinesiología, consultas médicas, estudios ecográficos generales y cardiológicos, el ausentismo tiene importancia debido a la logística involucrada, la coordinación requerida entre los equipos profesionales y la planificación de las agendas. Además, la persistencia del ausentismo repercute negativamente tanto en la calidad de atención como en la sustentabilidad económica de la institución y de los profesionales.

La elección de este problema surge de la experiencia institucional observada y de la necesidad de generar conocimiento aplicable que permita diseñar e implementar estrategias de mejora. Este trabajo tiene por propósito analizar la magnitud del ausentismo en la atención ambulatoria, con el fin de proponer intervenciones que contribuyan a mejorar los índices de asistencia, optimizar el uso de los recursos y reducir la pérdida de oportunidad en salud.

Contexto de la institución en Estudio

El presente análisis se enmarca en una institución de salud ambulatoria multiespecialidad con amplia trayectoria (14 años), que brinda servicios de atención médica en consultorio, kinesiología y estudios por imágenes diagnósticas, entre otros. Se trata de una red de centros médicos de atención ambulatoria compuesta por 6 sedes distribuidas geográficamente en el Área Metropolitana de Buenos Aires – tres ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tres en la zona norte del Gran Buenos Aires. Es una institución de considerable envergadura: en el año 2024 se realizaron alrededor de 240.000 sesiones de kinesiología, 100.000 estudios médicos (por ejemplo ecografías generales, estudios cardiológicos, etc.) y unas 50.000 consultas médicas en consultorio. Estas cifras totalizan cerca de 390.000 prestaciones ambulatorias en un año, reflejando el enorme volumen de pacientes atendidos. Bajo tal escala, incluso una modesta tasa de ausentismo implica miles de turnos perdidos anualmente, con el consecuente perjuicio para pacientes que quedaron sin atención, para los profesionales con tiempos ociosos y para la institución en términos de productividad. Por ello, el problema del ausentismo adquiere especial relevancia: optimizar la gestión de agendas y mejorar la asistencia efectiva no solo tendría un impacto en la calidad percibida por los pacientes, sino también en la eficiencia y sustentabilidad financiera de la organización.

Actualmente, la institución cuenta con una central unificada de turnos (es decir, un call center o centro de contacto) encargada de coordinar las citas en todas las sedes y servicios. Este modelo centralizado ofrece ventajas de control y estandarización, pero también enfrenta los desafíos antes descritos de altos volúmenes de contactos, procesos manuales y potencial saturación del sistema. Adicionalmente, cada sede posee responsables locales (jefes de sede) que gestionan la operación diaria y enfrentan las particularidades de su comunidad de pacientes. Toda mejora en las tasas de asistencia requerirá entender las dinámicas tanto globales de la central de turnos como específicas de cada centro de atención. En 2024 se agregó el sistema automático de turnos web para la mayoría de los servicios y consultas.

Aportes:

Comprensión teórica del fenómeno del ausentismo, con el propósito de analizar herramientas para optimizar la gestión de agendas médicas y mejorar la adherencia de los pacientes. Para ello, se busca establecer indicadores que permitan el seguimiento sistemático de este fenómeno.

Alcances y limitaciones:

El estudio se limitará al análisis de datos de ausentismo en turnos programados (médicos, Kinesiológicos y estudios complementarios) en una red de atención ambulatoria durante el año 2024. Las propuestas de mejora estarán acotadas a las condiciones operativas y recursos de la organización en estudio, y a la bibliografía investigada.

Preguntas

¿Qué factores influyen en el ausentismo de pacientes a turnos médicos, kinesiológicos y estudios complementarios programados en una red de atención ambulatoria multiespecialidad?

¿Qué estrategias pueden implementarse para mejorar los índices de asistencia y reducir la pérdida de oportunidad?

Objetivo general

Analizar el ausentismo en turnos médicos, kinesiológicos y estudios complementarios programados en una organización de salud ambulatoria multiespecialidad con 6 sedes, en el área Metropolitana de Buenos Aires – tres ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tres en la zona norte del Gran Buenos Aires, durante el año 2024, a fin de diseñar estrategias que contribuyan a mejorar la asistencia y el rendimiento institucional.

Objetivos específicos

1. Describir la magnitud del ausentismo según los meses del año, los distintos servicios, tipo de prestación, y estudios complementarios cardiológicos en las distintas sedes de la organización.
2. Identificar los factores asociados al ausentismo desde una perspectiva institucional, a partir de la perspectiva de referentes de la organización.
3. Evaluar las estrategias actuales utilizadas para mitigar el ausentismo comparando con la bibliografía mundial evaluada.

4. Proponer recomendaciones operativas y de gestión para mejorar los indicadores de asistencia y optimizar el rendimiento institucional.
-

Marco conceptual y antecedentes

Ausentismo en instituciones de salud: Magnitud, determinantes e intervenciones

Magnitud e impacto del ausentismo en Turnos

El ausentismo de pacientes a citas médicas programadas —conocido como "no-show"— constituye un problema recurrente y de significativa relevancia en los sistemas de salud, tanto públicos como privados. A nivel global, la tasa de ausentismo varía entre el 5% y el 30% según el tipo de institución, especialidad médica, población atendida y región geográfica (Dantas et al., 2018) (DuMontier et al., 2013). En España, por ejemplo, estudios realizados en atención ambulatoria muestran tasas promedio entre 10% y 20% (Valero-Bover et al., 2019), lo cual implica un importante volumen de consultas desaprovechadas y un fuerte impacto económico y organizacional.

Cada cita perdida no solo representa un costo directo por recursos desaprovechados (personal, infraestructura, tiempo clínico), sino también un costo de oportunidad para otros pacientes en espera. Un estudio del *American Journal of Managed Care* estimó que una única inasistencia puede costar en promedio 200 a 300 dólares en servicios no utilizados (Parikh et al., 2010). En clínicas de tamaño medio, una tasa de no-show tan baja como del 12% puede traducirse en pérdidas anuales superiores a USD 89.000 (Mitchell & Selmes, 2007).

Frente a este escenario, algunos países han debatido la aplicación de medidas punitivas, multas o sanciones administrativas, con el objetivo de reducir la tasa de ausentismo, como ha ocurrido en Francia y el Reino Unido (Kopach et al., 2007). Sin embargo, estas estrategias han generado controversia por su posible efecto disuasorio sobre el acceso a la atención médica, especialmente en poblaciones vulnerables.

Determinantes del ausentismo: Factores individuales, sociales y sistémicos

Las causas del ausentismo son multifactoriales y responden tanto a características individuales del paciente como a aspectos estructurales del sistema de salud. Se han identificado como factores predictivos: la edad joven, bajo nivel educativo, tiempo prolongado entre la solicitud y la cita, bajo compromiso con el cuidado de la salud, y barreras logísticas como transporte, horario laboral y fallos en la comunicación institucional (Neal et al., 2005; Lacy et al., 2004).

Un estudio multicéntrico realizado en tres centros de salud de la Costa del Sol (España), con 882 pacientes (294 ausentes), mostró que las principales causas autorreportadas de no asistencia fueron el olvido (29,6%) y errores de comunicación

(16%) (Valero-Bover et al., 2019). Además, se identificaron como factores protectores: menor tiempo de espera para la cita, edad avanzada y mayor frecuencia de consultas en el año previo. El costo estimado del ausentismo en este estudio superó los 3 millones de euros en un año, representando el 14% del gasto total en consultas externas. (Dantas et al., 2018; Baptista et al., 2021).

La literatura habla de fenómeno *no-show* o *non-attendance* a turnos programados. Revisiones sistemáticas con más de 100 estudios describen tasas promedio de ausentismo cercanas al 20–30% (gran variabilidad por especialidad y país). Dos hallazgos muy consistentes:

- El mejor predictor de ausentismo futuro es el antecedente de ausentismo previo.
- Cuanto mayor es el tiempo entre la solicitud y la fecha del turno (*lead time*), mayor el ausentismo. (Silvio Hamacher et al., 2018)

En Argentina, el estudio del Hospital Italiano (Buenos Aires) mostró algo similar en clínica médica ambulatoria: historia de no-show, tiempo hasta el turno, horario del turno, día de la semana y condiciones climáticas se asociaron significativamente con no asistencia. (D. Giunta, 2019)

Factores sociodemográficos y socioeconómicos

Nivel socioeconómico y vulnerabilidad social

- Mayor ausentismo en pacientes de zonas con mayor deprivación socioeconómica, desempleo, menor nivel educativo o falta de seguro privado.
- En datos poblacionales, la deprivación es uno de los predictores más fuertes de *no-shows* repetidos. (Dantas et al., 2018; Baptista et al., 2021)

Edad

- Jóvenes y adultos jóvenes tienden a faltar más que adultos mayores en muchos contextos.
- En algunos servicios específicos (ej. geriatría, rehabilitación), el patrón se invierte. Y en personas mayores con fragilidad, dependencia o demencia pueden faltar más por barreras prácticas (movilidad, cuidadores). (Alturbag, 2024; Dantas et al., 2018)

Sexo y estado civil

- La asociación con sexo es heterogénea: algunos estudios hallan más ausentismo en varones, otros en mujeres; en general el efecto es pequeño y muy dependiente del contexto y del tipo de consulta.
- Pacientes solteros, separados o sin red de apoyo muestran más ausentismo en varias series. (Dantas et al., 2018)

Factores del paciente (conductuales, psicológicos y cognitivos)

Los estudios que preguntan directamente al paciente muestran motivos recurrentes:

Olvido y desorganización

“Me olvidé del turno” aparece sistemáticamente entre las primeras causas auto informadas. (Ofei-Dodoo et al., 2019; Sung et al., 2024)

Percepción de necesidad baja o resuelta

- Pacientes que sienten que “ya estoy mejor”, “no lo necesito” o que el motivo de consulta se resolvió solo.
- En consultas oncológicas o de alto riesgo vital las tasas suelen ser más bajas (alta percepción de necesidad). (Baptista et al., 2021)

Miedo, ansiedad o evitación

- Miedo al diagnóstico, a malas noticias, a procedimientos (odontología, endoscopía, estudios invasivos, salud mental).
- Ansiedad social o mala experiencia previa se asocian con mayor tasa de no-show, especialmente en psiquiatría y psicoterapia.

Trastornos de salud mental y consumo de sustancias

- Depresión, trastornos de ansiedad y adicciones se asocian con mayor ausentismo y pérdida de seguimiento.

Sobrecarga de roles y tiempo subjetivamente escaso

- Pacientes con múltiples trabajos o carga doméstica alta refieren con frecuencia imposibilidad de “escaparse” al consultorio dentro de los horarios disponibles. (Ofei-Dodoo et al., 2019; Sung et al., 2024).

Ley de la Oferta y la Demanda y su Aplicación en los Servicios de Salud

La ley de la oferta y la demanda constituye uno de los principios fundamentales de la teoría económica clásica y explica la forma en que se determinan el precio y la cantidad de bienes o servicios intercambiados en un mercado. Según este enfoque, el nivel de actividad económica resulta de la interacción entre la oferta, entendida como la cantidad que los productores están dispuestos a ofrecer, y la demanda, definida como la cantidad que los consumidores están dispuestos a adquirir para un determinado nivel de precios y en un período específico (Mankiw, 2021). En este marco, existe una relación inversa entre el precio y la cantidad demandada, y una relación directa entre el precio y la cantidad ofrecida. El equilibrio de mercado se alcanza cuando ambas fuerzas convergen, igualando la cantidad ofrecida con la cantidad demandada (Varian, 2019).

En la economía de la salud, estos conceptos requieren una adaptación debido a las particularidades propias del sector. A diferencia de otros mercados, la demanda de servicios de salud no depende exclusivamente del precio, sino que está influida por factores como la necesidad percibida de atención, la gravedad de la patología, el acceso al sistema de salud y las características sociodemográficas de la población, principalmente la edad del paciente (Rodríguez Santana et al., 2021). Por su parte, la oferta de servicios sanitarios se encuentra condicionada por la disponibilidad de

profesionales de la salud especializados, infraestructura, equipamientos, etc, lo que la vuelve relativamente rígida en el corto plazo.

Aplicación al sector de la salud ambulatoria

En el ámbito de la atención ambulatoria, la demanda de consultas médicas y tratamientos kinesiológicos suele presentar un carácter de bien relativamente inelástico, dado que los pacientes requieren atención independientemente de variaciones moderadas en los costos o en las condiciones de acceso (Santerre & Neun, 2020). En contraste, la oferta de turnos ambulatorios enfrenta limitaciones estructurales, ya que su ampliación implica incrementos en los costos operativos, contratación de profesionales y reorganización de la capacidad instalada.

Este desajuste entre una demanda creciente y una oferta limitada puede generar desequilibrios operativos, que se manifiestan en mayores tiempos de espera, incremento del *lead time* y saturación de las agendas asistenciales. La literatura señala que estos factores afectan negativamente la utilización efectiva de los servicios de salud, favoreciendo fenómenos como el ausentismo o *no-show* de pacientes, aun en contextos donde la demanda global es elevada (Varian, 2019; Santerre & Neun, 2020).

Relación entre oferta, demanda y ausentismo

El ausentismo en la atención ambulatoria puede interpretarse como una manifestación de ineficiencia en la asignación de recursos. Cuando la demanda de atención supera a la oferta disponible de turnos, los pacientes enfrentan mayores tiempos de espera, lo que puede reducir la percepción de valor del turno asignado y aumentar la probabilidad de inasistencia (Rodríguez Santana et al., 2021). En este sentido, el ausentismo no debe ser analizado exclusivamente como una conducta individual del paciente, sino como un fenómeno influido por desequilibrios estructurales entre oferta y demanda en el sistema de salud.

Por lo tanto, incorporar el análisis de la oferta y la demanda en el estudio del ausentismo permite fortalecer el marco teórico y proporciona una base conceptual para el diseño de estrategias organizacionales orientadas a mejorar la eficiencia operativa, la accesibilidad a la atención y la continuidad asistencial en los servicios de salud.

Comparaciones intersectoriales y aprendizajes desde otros ámbitos

El fenómeno de los no-shows no es exclusivo del ámbito sanitario. Sectores como el marketing, la educación u otros servicios profesionales también enfrentan desafíos similares, lo que ha impulsado el desarrollo de estrategias de mitigación altamente efectivas. Empresas tecnológicas como Calendly o plataformas de CRM han documentado reducciones de hasta el 88% en no asistencia mediante sistemas automatizados de recordatorios multicanal y confirmaciones interactivas (Calendly, 2023).

Estas experiencias extrapolables refuerzan la importancia de una comunicación proactiva, accesibilidad digital y responsabilidad compartida entre usuario y prestador.

(CRM: Software que centraliza la información y las interacciones con clientes.)

Estrategias basadas en evidencia para reducir el ausentismo

La literatura científica ha documentado numerosas intervenciones eficaces para mitigar el ausentismo. Entre las más estudiadas se encuentran:

- **Recordatorios automatizados:** Intervenciones con SMS, llamadas o WhatsApp pueden reducir las ausencias hasta en un 50% (Guy et al., 2012; Stubbs et al., 2012). La eficacia aumenta cuando los recordatorios se emiten por canales preferidos por el paciente y en múltiples momentos (48 y 24 horas antes del turno).
- **Facilitación de cancelación y reprogramación:** Brindar mecanismos ágiles para cancelar o reprogramar, como apps, links personalizados o respuestas por mensajería, han demostrado ser claves para reasignar eficientemente los turnos perdidos (Roberts et al., 2011).
- **Depósitos o pagos anticipados:** Aunque más controversial, esta práctica ha mostrado eficacia en ciertos contextos al introducir un incentivo económico para asistir o notificar con antelación (Carreras et al., 2017). En América Latina aún es incipiente su adopción, pero algunos centros han empezado a ofrecer descuentos por pago anticipado.
- **Transformación digital e Inteligencia Artificial (IA):** Automatizar la gestión de turnos mediante IA conversacional, chat-bots y sistemas omnicanal (web, WhatsApp, o teléfonos IVR-interactive voice response) mejora drásticamente la eficiencia operativa, reduce la carga administrativa y mejora la experiencia del usuario (Topol, 2019). Un caso documentado en México reportó una disminución del 25% en el ausentismo y una liberación de más de 200 horas de tareas administrativas mensuales tras implementar estas herramientas (Salud Digital México, 2023).

Consideraciones

El ausentismo en salud ambulatoria no es solo un problema de agenda vacía: implica pérdidas económicas, retraso en el acceso, insatisfacción de usuarios y deterioro en la calidad percibida del servicio, como también pérdida de oportunidad de atención. Dada su multicausalidad, su abordaje exige una combinación de estrategias: tecnológicas, comunicacionales y organizativas, adaptadas al perfil del paciente y al contexto institucional. En este sentido, el uso de IA, plataformas de autogestión y mecanismos de comunicación asertiva y personalizada surgen como componentes clave de una solución integral y sostenible.

Con la combinación del análisis de datos institucionales y las entrevistas a referentes, sumado a la experiencia brindada por la bibliografía, se pretende lograr una comprensión integral del fenómeno de ausentismo en esta red ambulatoria. El objetivo final es poder proponer un conjunto de estrategias de mejora adaptadas a la realidad de la organización, sustentadas tanto en evidencia global como en las necesidades locales específicas. Estas recomendaciones podrían incluir la adopción de algunas de las mejores prácticas identificadas en los antecedentes: por ejemplo,

implementar un sistema robusto de recordatorios omnicanal para pacientes (apoyándose en WhatsApp, correo electrónico o llamadas según corresponda a cada segmento etario), facilitar la cancelación/reprogramación en línea para empoderar al paciente y mantener la agenda optimizada, considerar proyectos piloto de automatización con IA para la asignación y confirmación de turnos, e incluso evaluar la viabilidad de políticas de sobrecupo o pagos anticipados en ciertas prestaciones críticas donde el ausentismo tenga mayor impacto.

En conclusión, abordar el ausentismo en las citas médicas requiere un enfoque proactivo y multidimensional. Los antecedentes internacionales –tanto en el sector salud como en industrias análogas– proveen un abanico de intervenciones probadas que pueden reducir significativamente las inasistencias, mejorar la satisfacción de los usuarios y maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles. Aplicar este conocimiento al contexto concreto de la institución ambulatoria en estudio permitirá no solo mitigar la pérdida de oportunidades diagnósticas y terapéuticas, sino también optimizar el rendimiento operativo y económico de la red de clínicas. La expectativa es que, a través de este trabajo, se sienten las bases para una gestión de turnos más eficiente y centrada en el paciente, donde cada cita agendada se convierta en una consulta realizada, en beneficio tanto de la comunidad atendida como de la institución que brinda el servicio.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

El presente trabajo se encuadra en un estudio observacional, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo. Se busca identificar la magnitud del ausentismo, caracterizar el perfil de los pacientes que no concurren a sus citas programadas y analizar posibles factores asociados, desde la perspectiva de referentes claves de la institución y de la gestión del sistema de turnos.

Reconociendo la complejidad multifactorial del ausentismo, la estrategia de investigación propuesta combina el análisis cuantitativo de datos secundarios provenientes del sistema de gestión de turnos y reportes administrativos de la institución, como también el relevamiento de información primaria a través de una encuesta a personal clave de la organización.

En el marco del estudio se examinan registros de turnos programados y efectivamente asistidos durante 2024 en las diversas sedes y tipos de prestaciones, para medir la magnitud del ausentismo y detectar patrones (por ejemplo, si ciertos servicios o determinados horarios presentan más inasistencias). Esta revisión de datos duros permitirá dimensionar el problema con precisión y evaluar las tasas de ausentismo actuales por servicio.

Complementariamente, se ha planificado la realización de encuestas a 13 referentes clave de la institución, quienes aportarán distintas miradas sobre las causas y posibles soluciones del ausentismo desde sus áreas de responsabilidad.

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario estructurado (Formulario de Google), dirigido al personal jerárquico del Grupo Kynet, con responsabilidades de gestión y toma de decisiones en las distintas sedes y áreas asistenciales. El objetivo del instrumento fue relevar percepciones, conocimientos y experiencias vinculadas al ausentismo de pacientes, así como identificar prácticas vigentes, barreras organizacionales y oportunidades de mejora en su abordaje. El cuestionario fue diseñado específicamente para este estudio, en coherencia con los objetivos de la investigación y el marco teórico de referencia, incorporando dimensiones vinculadas a la oferta y la demanda de servicios de salud, la gestión operativa de turnos y el monitoreo de indicadores de desempeño.

El instrumento incluyó un total de 19 preguntas, organizadas en cuatro dimensiones principales:

1. Características del encuestado y contexto laboral, que indagan sobre el cargo o función desempeñada, años de experiencia en el rol, sede y área o sector de trabajo.
2. Percepción del ausentismo, orientada a relevar el nivel de conocimiento sobre las tasas de ausentismo en cada área, las diferencias percibidas entre sectores y las principales consecuencias organizacionales asociadas al no-show.
3. Factores asociados al ausentismo y acciones implementadas, que exploran tanto los factores vinculados al paciente como aquellos relacionados con la organización, así como las acciones implementadas para reducir el ausentismo y su efectividad percibida.
4. Gestión mediante indicadores, que aborda la existencia de monitoreo sistemático del ausentismo, los indicadores considerados clave —incluidos aquellos asociados al sistema de turnos— y las barreras percibidas para la implementación de acciones de mejora.

El cuestionario combinó preguntas cerradas, de opción múltiple y selección múltiple, con preguntas abiertas, lo que permitió obtener información cuantificable y, al mismo tiempo, captar opiniones y aportes cualitativos relevantes para el análisis interpretativo.

La encuesta fue administrada en formato digital, garantizando el anonimato de los participantes, con el fin de favorecer respuestas honestas y reducir sesgos.

Los datos obtenidos a partir de este instrumento fueron analizados de manera descriptiva y comparativa, se agruparon según respuestas similares y complementaron el análisis del ausentismo, permitiendo contextualizar los resultados y enriquecer la interpretación de los hallazgos desde una perspectiva organizacional.

La participación de estos actores resultará invaluable para contrastar la evidencia externa (literatura y experiencias de otras instituciones) con la realidad interna de la organización. Por ejemplo, comprender desde la voz de las encargadas de turnos cuáles son los motivos de cancelación más frecuentes que escucha del personal, o qué dificultades encuentran para contactar a los pacientes, ayudará a contextualizar los hallazgos de la bibliografía (como las razones del ausentismo mencionadas previamente) a la población específica atendida por la institución. Igualmente,

recabar la opinión de los encargados de sede podría revelar diferencias locales: quizá en una sede con población más anciana el problema principal sea la falta de acompañantes o dificultades de movilidad, mientras que en otra con pacientes jóvenes predominen los olvidos o cambios laborales de último momento. Detectar estas variaciones es crucial para diseñar intervenciones a medida y no asumir que una misma estrategia funcionará igual en todos los casos. Por supuesto, no podemos omitir los sesgos que conllevan las personas de manera individual y grupal

Pautas para completar la encuesta:

Se realizó una reunión presencial o virtual, mediante la cual se leen las preguntas para evaluar la comprensión de las mismas y evacuar dudas. Se explica la finalidad de la encuesta, el carácter de anónima, la forma de completarla mediante un link de formularios de Google, y la fecha de cierre de la misma.

Se envía por correo electrónico, donde una vez más, presento y explico la encuesta a todos los participantes, adjuntando el link para completar la misma. (Ver encuesta en Anexo 1)

Datos secundarios provenientes del sistema de gestión de turnos y reportes administrativos de la institución:

Población y muestra

- **Población objetivo:** Pacientes con turnos asignados (consultas médicas o estudios complementarios) en una red ambulatoria multiespecialidad, con sedes en distintas localidades.
- **Período de análisis:** Se utilizarán los registros correspondientes a los 12 meses del año 2024.
- **Criterios de inclusión:**
 - Turnos programados con al menos 24 horas de anticipación.
 - Turnos pertenecientes a especialidades médicas, kinesiología o estudios diagnósticos.
- **Criterios de exclusión:**
 - Turnos otorgados en menos de 24 horas (espontáneos/urgencias).
 - Turnos cancelados previamente por el paciente.
- **Muestra:** Se utiliza la base de datos institucional que contiene datos de todas las sedes, de ausentismo, con posibilidad de diferenciar por mes, por prestación, edad del paciente y otras variables.

Fuentes de datos

Se utilizarán datos secundarios provenientes del sistema de gestión de turnos y reportes administrativos de la institución (fecha, especialidad, turno asistido/no asistido, datos sociodemográficos, etc.).

Variables

- **Variable dependiente:** Asistencia al turno (dicotómica: asistió / no asistió).

- **Variables independientes:**
 - **Sociodemográficas:** edad, sexo.
 - **Del sistema:** recordatorio enviado (sí/no), modalidad del recordatorio (correo, llamada, WhatsApp), reprogramación.

Técnicas e instrumentos de recolección cuantitativa

- **Análisis de bases de datos administrativas:** exportación de turnos asistidos/no asistidos, con los datos sociodemográficos asociados.
- **Registros operativos de call center o WhatsApp:** se analizarán mensajes o llamadas de confirmación, cancelación, etc.

Técnicas de análisis de datos cuantitativo

- **Estadística descriptiva:** cálculo de tasas de ausentismo generales y por especialidad, análisis de frecuencias y porcentajes.

Consideraciones éticas

Este estudio utilizará datos anonimizados provenientes de fuentes institucionales, garantizando la confidencialidad de los pacientes. Para las encuestas primarias se obtendrá consentimiento informado verbal o digital. El protocolo se ajustará a las normas éticas vigentes.

RESULTADOS

Análisis de datos secundarios provenientes del sistema de gestión de turnos y reportes administrativos de la institución:

Se realiza un análisis y conclusiones basadas en los datos de ausentismo de consultas médicas y kinesiología por un lado, y cardiología en una segunda evaluación por considerar que presenta una particularidad estacional de alta demanda.

El sistema operativo de gestión de turnos es "RP sistemas SRL" (<https://rpsistemas.info>), que mediante informes con preguntas SQL, genera una presentación estructurada de datos extraídos de bases de datos relacionales a la empresa Kynet, utilizando consultas para resumir, analizar y visualizar información y KPIs para la toma de decisiones. Se utiliza la herramienta SQL Server reporting services (SSRS) generando documentos exportables a formatos como PDF o Excel.

Cuantifica la cantidad de turnos totales, y los ausentes, con información cruzada para identificar edades, sedes, fechas (meses del año) y tipo de prestación (Imágenes en Cardiología-Aptos físicos , turnos de consultas médicas, y turnos de sesiones de kinesiología).

Valores analizados:

Cardiología n: 43.776 turnos dados durante 2024.
 Kinesiología n: 215.255 turnos dados durante 2024.
 Consultas médicas n: 7399 turnos dados durante 2024.

CARDIOLOGIA por sede: Se discrimina las asistencias en cardiología por sede en totales de turnos dados y porcentaje de ausentismo. Cuadro 1 – Grafico 1

Cardiología por SEDE	NO ASISTIO	ASISTIO	Total general	% AUSENCIA
Pilar 2	215	666	881	24,40
Recoleta	2949	12195	15144	19,47
Pilar 1	670	2791	3461	19,36
Nuñez	1134	5337	6471	17,52
San Isidro	1098	5342	6440	17,05
Belgrano	700	3615	4315	16,22
Nordelta	1110	5954	7064	15,71
Total general	7876	35900	43776	17,99
PORCENTAJE DE AUSENTISMO POR SEDE ANNUAL - Cardiologia				

CONSULTAS por sede: Se discriminan cantidad de turnos dados para consultas médicas por sede

Consultas RECOLETA	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
Total general	401	338	364	457	483	497	566	573	607	660	556	565	6067
Consultas NORDELTA	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
Total general	38	30	53	68	45	19	3	11	9	15	9	12	312
Consultas NUÑEZ	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
Total general	41	20	35	31	33	25	24	45	51	48	40	47	440
Consultas PILAR	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
Total general	44	11	41	38	28	37	62	67	69	65	60	58	580

KINESIOLOGIA por sede: Se discriminan cantidad de turnos dados para sesiones de rehabilitación por sede. RPG (reposicionamiento postural global) en todas las sedes unidas.

SEDE - Kinesiología Ausentismo	ASISTIO	NO ASISTIO	TOTAL	%AUSENCIA
RPG	467	320	787	40,66
Pilar	49510	11344	60854	18,64
Nordelta	35535	7732	43267	17,87
Recoleta	54006	10842	64848	16,72
Núñez	38549	6950	45499	15,28
Total general	178067	37188	215255	17,28
PORCENTAJE DE AUSENTISMO POR SEDE ANUAL				

Análisis:

1. Porcentaje de Ausentismo por Grupo Etario (Consultas Médicas):

- El grupo de edad de 10-19 años tiene la tasa de ausentismo más baja, con un 14.69%. Este grupo probablemente tiene menos compromisos laborales o familiares que podrían interferir con las citas médicas, y son acompañados por un adulto.
- Los grupos entre los 20 y 49 años tienen tasas de ausentismo más altas (17.05% - 18.06%). Esto podría reflejar un mayor número de responsabilidades laborales y sociales.
- La tasa de ausentismo disminuye considerablemente en los adultos mayores, especialmente en los grupos de 80-89 años (14.49%) y 90+ años (10.99%), lo que podría indicar una mayor disposición a asistir debido a la naturaleza crítica de sus cuidados médicos o la dependencia de atención continua.

2. Porcentaje de Ausentismo Mensual en Consultas Médicas:

- Los meses con mayor ausentismo son enero (18.86%) y diciembre (19.95%), lo que puede estar relacionado con las vacaciones y las festividades, afectando la asistencia a citas programadas.
- El mes con menor ausentismo es marzo (14.92%), lo que puede ser el resultado de una mayor disposición de los pacientes después de las vacaciones de verano o por la importancia de los chequeos médicos al inicio del año.

3. Porcentaje de Ausentismo por Sede (Consultas Médicas):

- La sede Nordelta presenta el porcentaje de ausentismo más alto, con 18.95%, seguida de Pilar (16.52%). Esto podría indicar diferencias en la población atendida o la logística de las sedes que podrían influir en la tasa de ausentismo. Menor plaza de estacionamiento en Nordelta podría influir negativamente.
- Las sedes de Recoleta y Núñez tienen los porcentajes más bajos, lo que puede reflejar una menor variabilidad en la accesibilidad o el tipo de pacientes atendidos. Especialidades centrales como diabetes, obesidad y endocrinología están únicamente en sede Recoleta (sede central).

4. Porcentaje de Ausentismo por Sede (Kinesiología):

- En kinesiología, la sede de Pilar presenta también el porcentaje de ausentismo más alto, con 18.64%, mientras que la sede de Núñez

tiene el porcentaje más bajo con 15.28%. Ambas sedes comparten metodología de atención, tienen la mayor disponibilidad de estacionamiento, aunque Núñez tiene mejor logística de transporte público comparando con Pilar.

- Por lo que estas variaciones pueden estar relacionadas con logística de traslado, o la diferencia en la población, que es más joven en la sede Núñez.

5. Porcentaje de Ausentismo Mensual en Kinesiología:

- El mes de marzo tiene el mayor porcentaje de ausentismo (19.43%), mientras que el mes de diciembre también muestra un aumento notable (18.88%), probablemente debido a factores estacionales como las vacaciones o el final del año.

6. Cardiología:

- Existe una importante demanda de aptos físicos cardiológicos para el inicio de actividad física regular (Club, Gimnasio, competencias anuales, otros) en los meses de Enero, Febrero y Marzo.
- La alta demanda del servicio de Aptos Físicos deportivos, en solo 3 meses del año, se acompaña de oferta intencional de la empresa, que se adapta a las agendas de turnos dados mediante análisis tres veces por día, de lunes a sábado.
- Por lo que alta demanda, acompañada de oferta adecuada para cubrir las solicitudes de los pacientes, genera picos de trabajo durante 90 días, con consecuente disminución del ausentismo debido a la necesidad real del paciente.
- La sede Pilar 2 (Pilartró) presenta un valor de ausentismo anual de 24,40% comparado con un 17,55% del promedio del resto de las sedes. Ese análisis, entre otros factores, llevo a la toma de decisiones de alto impacto, como el cierre de dicha sede.

Conclusiones:

1. Tendencias Estacionales:

- El ausentismo en los meses de Enero, Marzo, y Diciembre muestra un patrón estacional claro, con un aumento en los primeros y últimos meses del año para consultas médicas y asistencia kinesiológica. Este fenómeno podría explicarse por factores externos como vacaciones, fiestas y cambios en las rutinas de los pacientes, lo que interfiere con su disponibilidad para asistir a las citas.
- En Cardiología, existe una importante demanda de aptos físicos cardiológicos para inicio de actividad física (Club, Gimnasio, competencias anuales, otros) en los meses de Enero, Febrero y Marzo.

2. Grupos Etarios:

- Las personas mayores tienden a faltar menos a sus citas, lo que podría deberse a una mayor conciencia sobre la importancia de la atención médica en estas etapas de la vida. Por otro lado, los adultos jóvenes (20-29) y adultos medianos (30-49) tienen las tasas más altas de ausentismo, probablemente debido a la situación laboral y social.

3. Diferencias por Sede:

- Las diferencias en las tasas de ausentismo entre sedes sugieren que podrían existir factores como accesibilidad, ubicación, perfil de pacientes, o incluso estructura organizativa que influyen en las tasas de ausentismo. Nordelta y Pilar tienen las tasas más altas, lo que puede justificar una revisión en la gestión de las citas o de las condiciones locales de estas sedes.

4. **Mejoras en la Gestión de Turnos:**

- Las tasas de ausentismo elevadas en ciertos períodos (como vacaciones) pueden abordarse mediante el uso de recordatorios multicanal (WhatsApp, correo electrónico) o facilitando la reprogramación de turnos. Las estrategias de información anticipada y el uso de plataformas tecnológicas (como apps o sistemas automáticos) podrían reducir las tasas de ausentismo, especialmente en los meses de mayor incidencia. Aunque esta metodología se utiliza durante todo el año, se podría “reforzar” la misma durante los meses de mayor ausentismo, de manera selectiva a las sedes y prácticas más influenciadas.

Recomendaciones:

- **Implementar recordatorios de citas** más frecuentes durante los meses de alta incidencia de ausentismo. Agregando mayor número de mensajes, avisos, correos.
- **Personalizar las estrategias de gestión** para cada sede, ajustando horarios, recordatorios y accesibilidad.
- Evaluar la posibilidad de incentivar la asistencia mediante descuentos o beneficios para aquellos pacientes que mantengan su puntualidad en las citas. Como la creación de programas de fidelización de clientes.

Este análisis debe ser complementado con un enfoque en las dinámicas internas de cada sede, para diseñar intervenciones específicas que minimicen las pérdidas de oportunidad y mejoren la eficiencia operativa de la institución.

GRAFICOS

Porcentaje de Ausentismo por Sede en Estudios Cardiológicos Ambulatorios

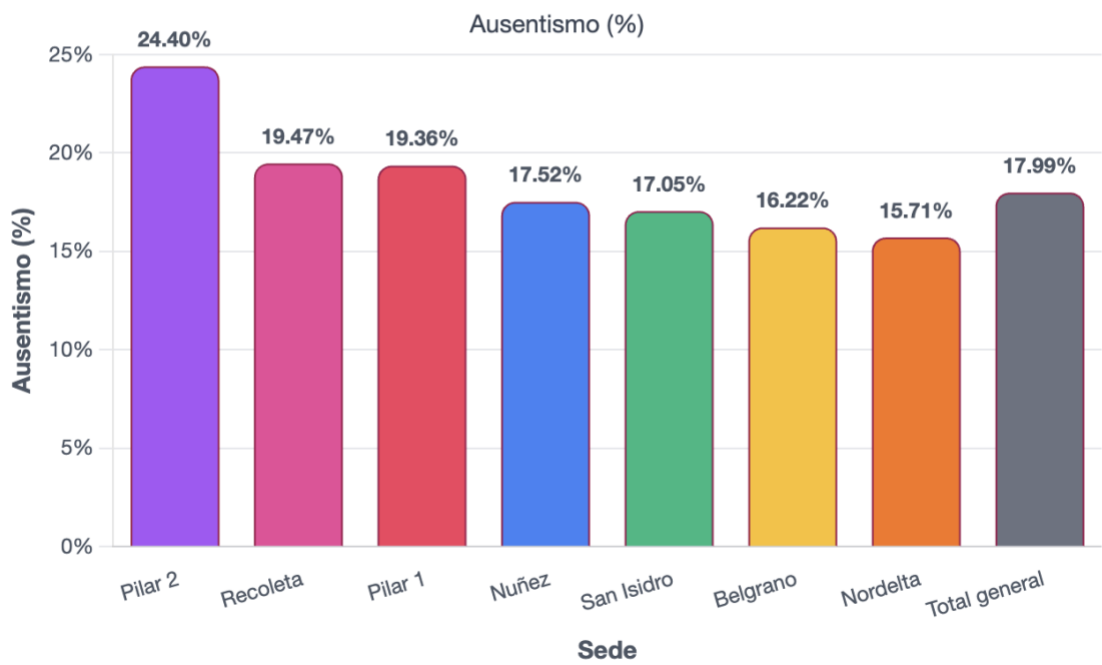


Gráfico 1 - Porcentaje de ausentismo por sede de estudios cardiológicos ambulatorios: Se presentan porcentajes de las 7 sedes y el total general promediado. N: 43.766 turnos dados en 2024.

Porcentaje de Ausentismo Mensual en Estudios Cardiológicos

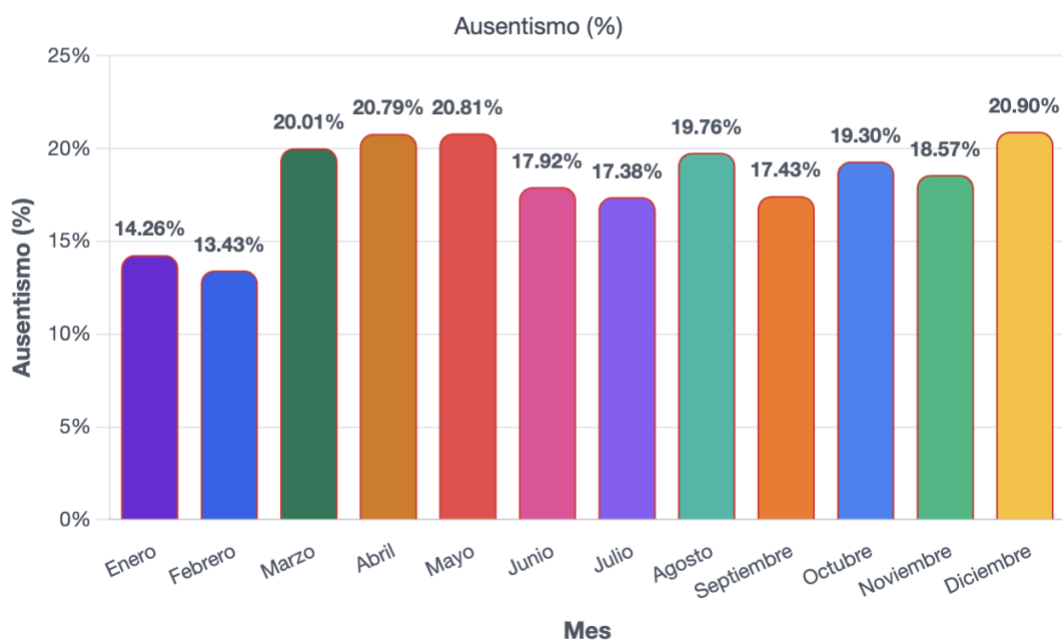


Gráfico 2 - Porcentaje de ausentismo MENSUAL de estudios cardiológicos ambulatorios: Se presentan porcentajes del total general promediado. N: 43.766 turnos dados en 2024

Porcentaje de Ausentismo por Grupo Etario en Estudios Cardiológicos Ambulatorios

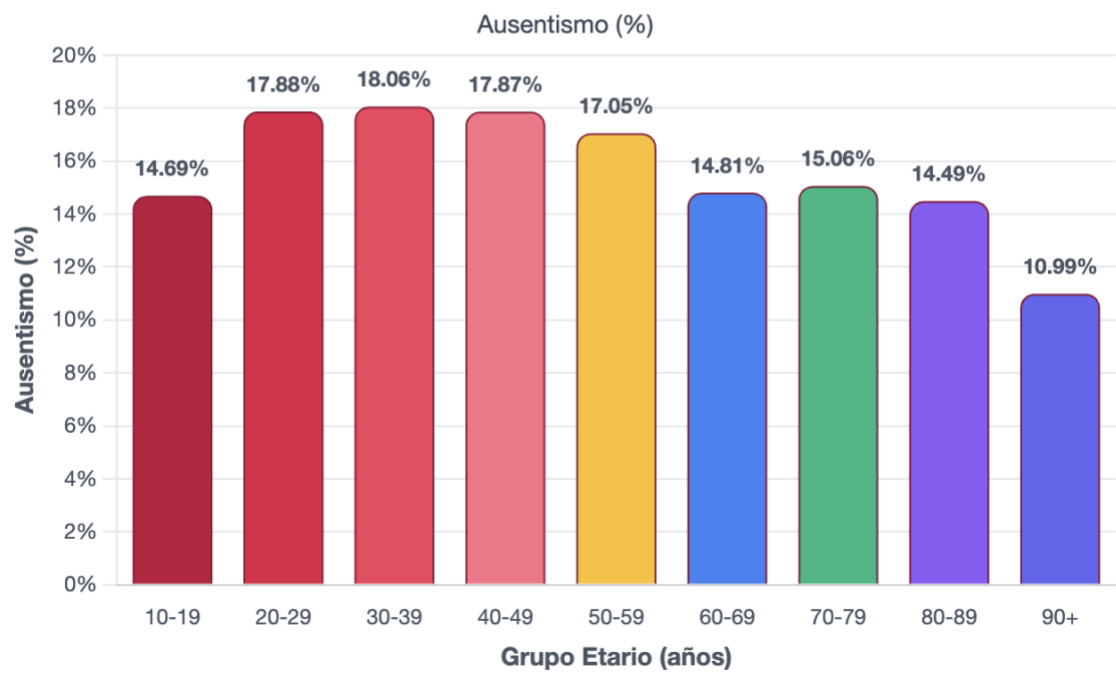


Gráfico 3 - Porcentaje de ausentismo por grupo etario - ordenados cada 10 años - de estudios cardiológicos ambulatorios: Se presentan porcentajes del total general promediado. N: 43.766 turnos dados en 2024

Porcentaje de Ausentismo por Sede de Kinesiología

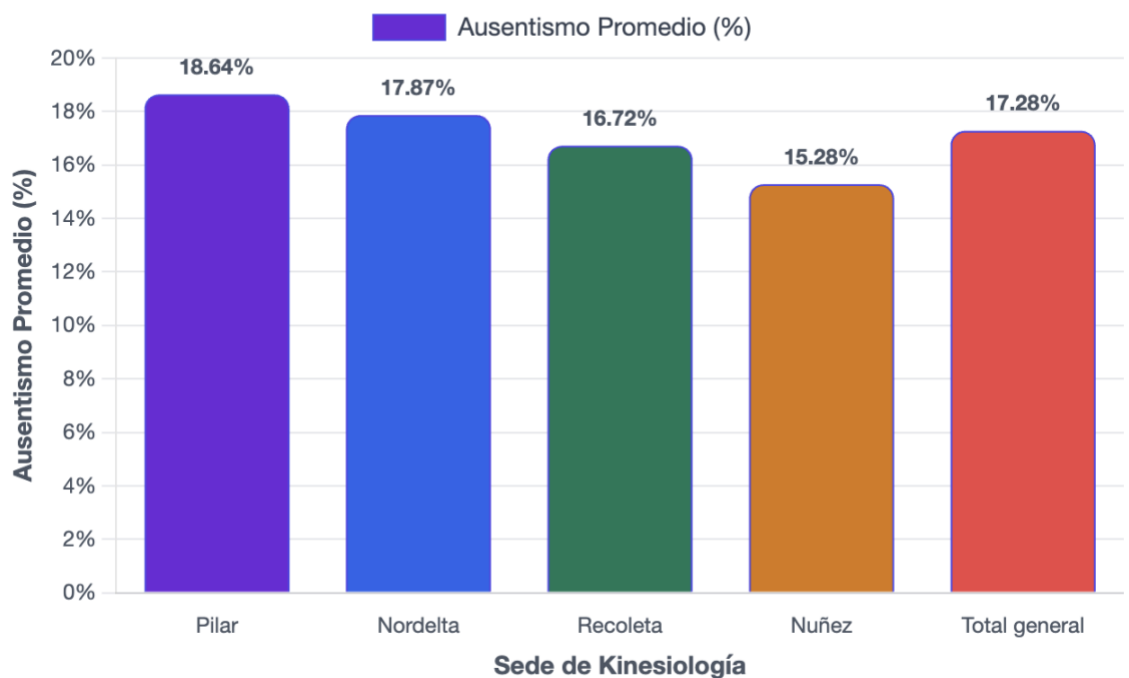


Gráfico 4 - Porcentaje de ausentismo en KINESIOLOGIA por sede: Se presentan porcentajes del total por sede. N: 215.255 turnos dados en 2024

Porcentaje de Ausentismo Mensual en Kinesiología

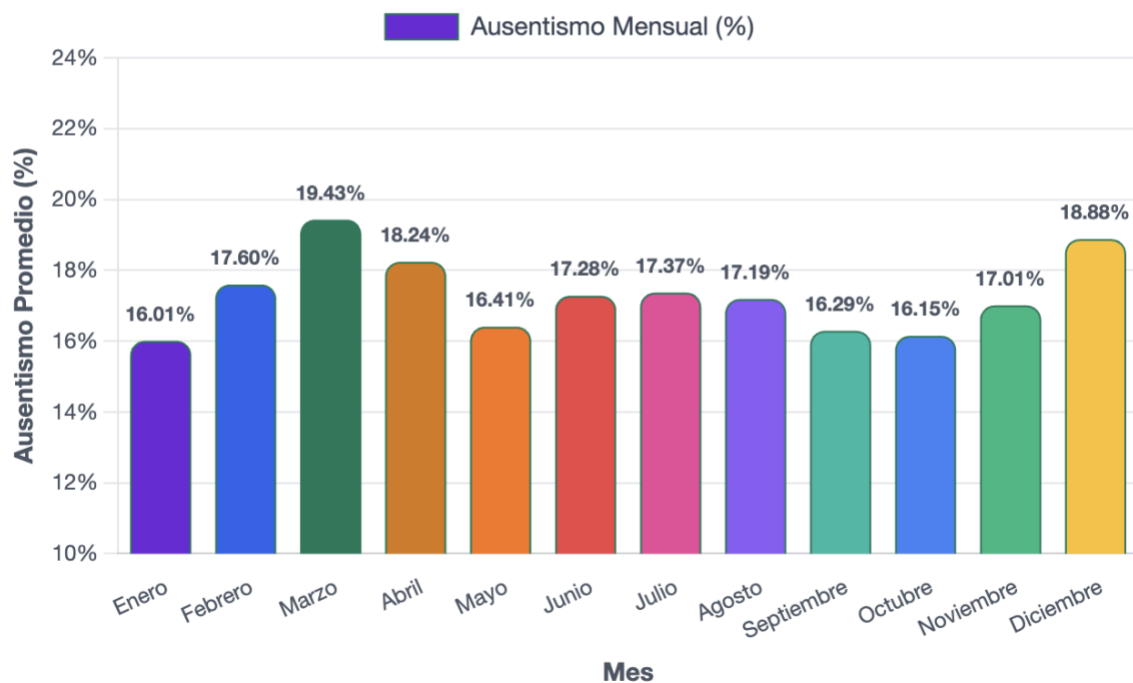


Gráfico 5 - Porcentaje de ausentismo MENSUAL en KINESIOLOGIA: Se presentan porcentajes del total por cada mes del año. N: 215.255 turnos dados en 2024

Porcentaje de Ausentismo en Kinesiología por Grupo Etario

El gráfico de barras muestra la tasa promedio de ausentismo (%) agrupada en rangos de 10 años.

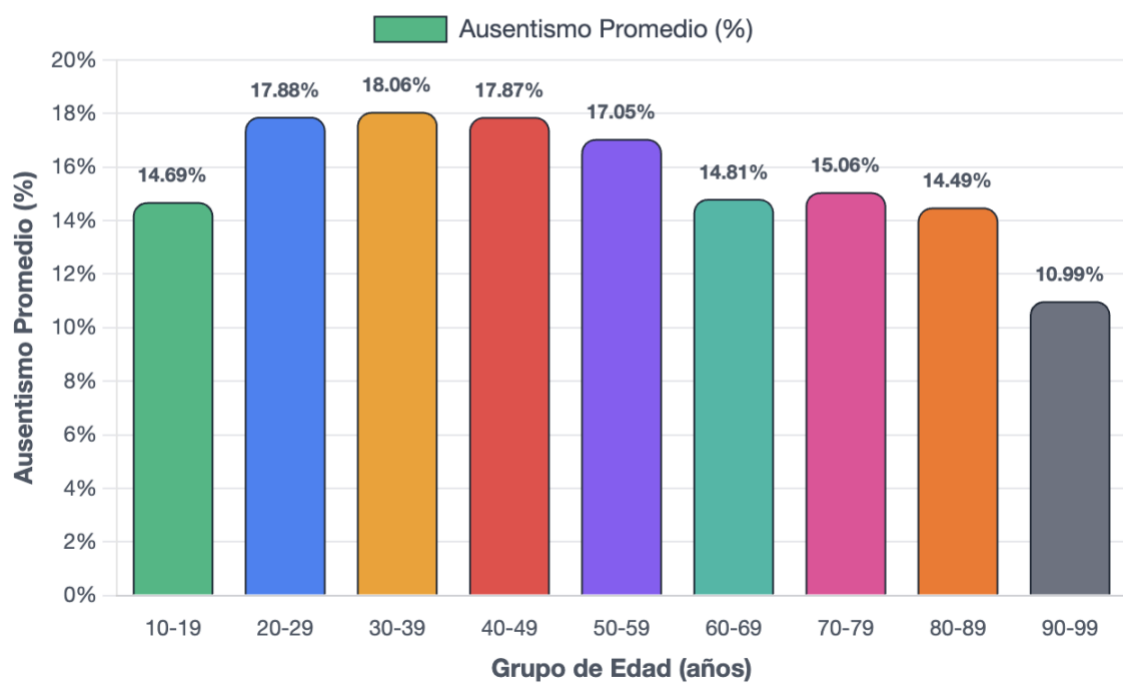


Gráfico 6 - Porcentaje de ausentismo en KINESIOLOGIA por grupo etario - ordenados cada 10 años: Se presentan porcentajes del total por cada grupo etario. N: 215.255 turnos dados en 2024

Porcentaje de Ausentismo por Sede de Consultas Médicas

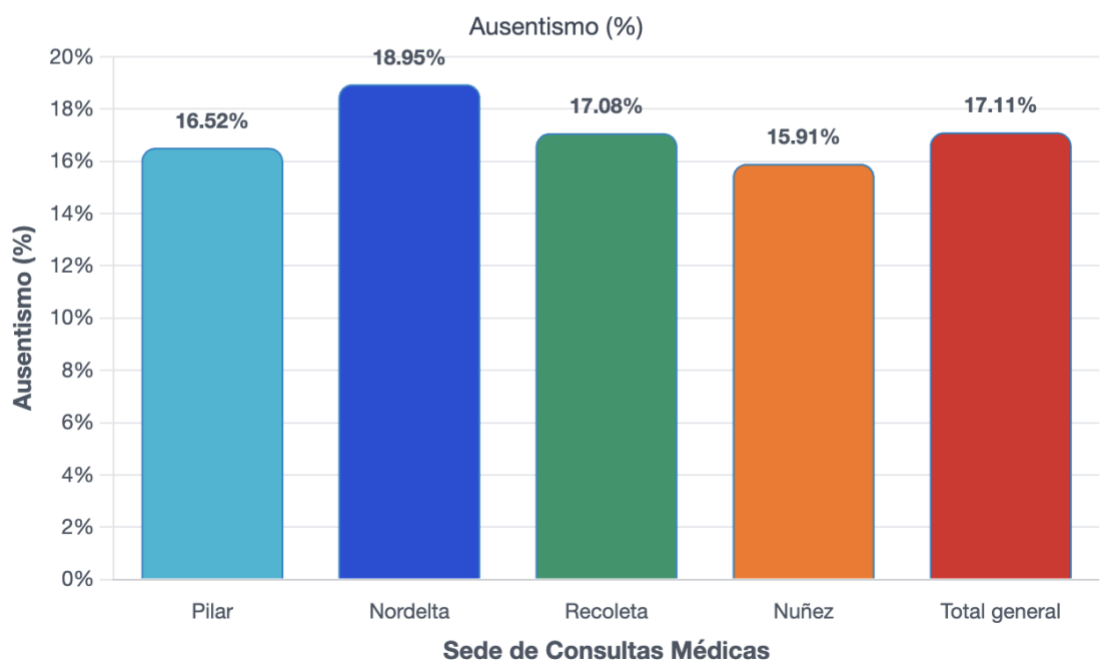


Gráfico 7 - Porcentaje de ausentismo por sede en CONSULTAS MEDICAS: Se presentan porcentajes de las 4 sedes y el total general promediado. N: 7.399 turnos dados en 2024.

Porcentaje de Ausentismo Mensual en Consultas Médicas

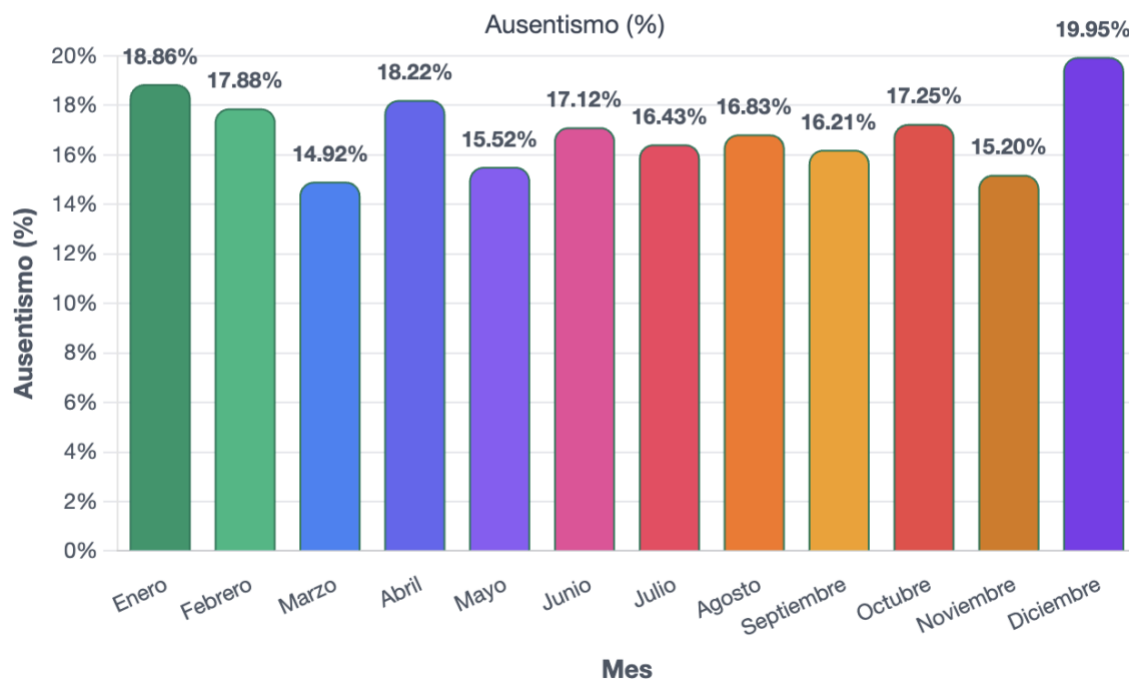


Gráfico 8 - Porcentaje de ausentismo MENSUAL en CONSULTAS MEDICAS: Se presentan porcentajes de las 4 sedes. N: 7.399 turnos dados en 2024.

Porcentaje de Ausentismo por Grupo Etario en Consultas Médicas

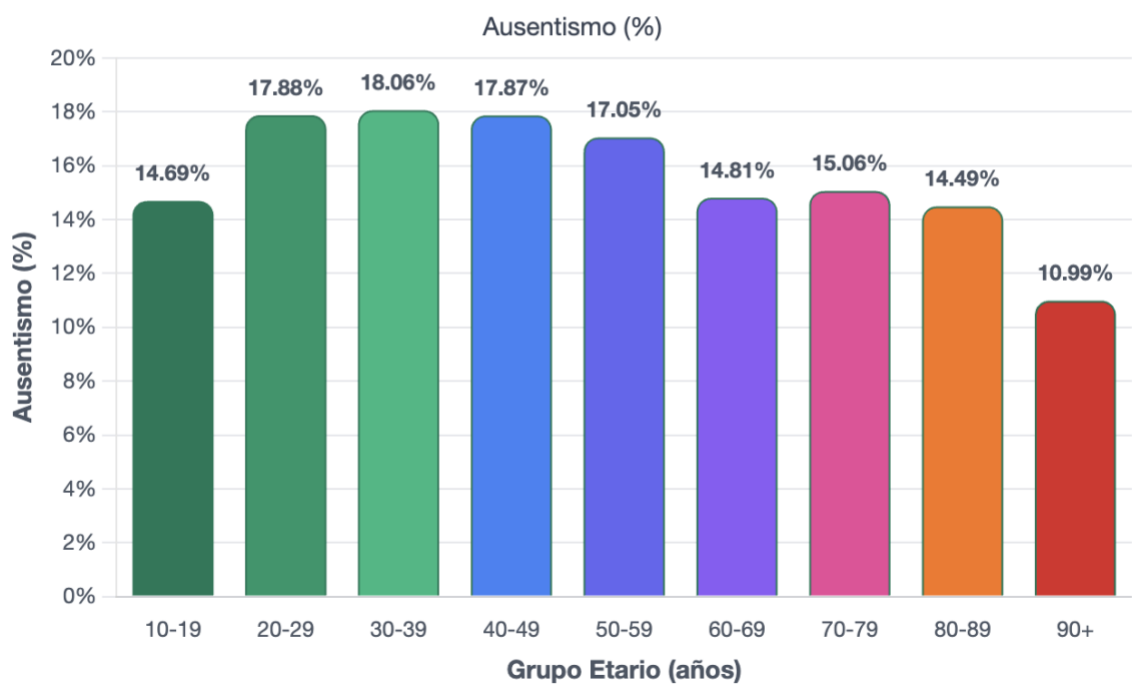


Gráfico 9 - Porcentaje de ausentismo en CONSULTAS MEDICAS por grupo etario - ordenados cada 10 años: Se presentan porcentajes del total por cada grupo etario. N: 7.399 turnos dados en 2024.

Análisis de las encuestas a referentes claves de la institución.

Análisis de respuestas a las encuestas realizadas a referentes clave de la institución, quienes aportarán distintas miradas sobre las causas y posibles soluciones del ausentismo desde sus áreas de responsabilidad.

Se analizaron las respuestas de 13 trabajadores con funciones jerárquicas, recolectadas de manera anónima durante noviembre de 2025. Se presentan las preguntas y luego análisis de las repuestas agrupadas por dimensiones temáticas.

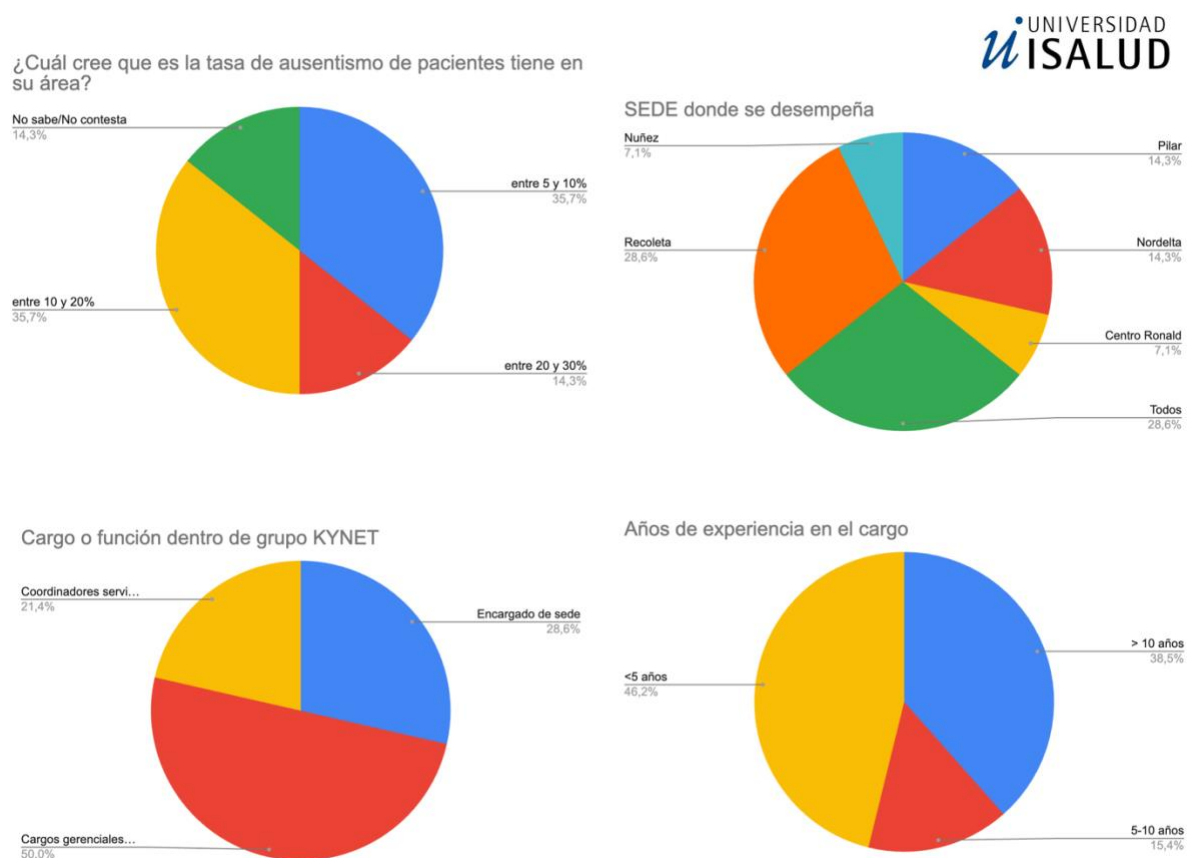


Gráfico 10 – presenta 4 tortas. Superior izquierda: presenta cual “Cree” que es la tasa de ausentismo de su área (Respuesta correcta “entre 10 y 20%”) – Superior derecha: sede donde se desempeña, donde hay personal que influye local y otros globalmente. Inferior izquierda: Cargo que ocupan en la empresa. Inferior derecha: Tiempo de experiencia trabajando en ese cargo.

¿Cuál cree que es la tasa de ausentismo de pacientes tiene en su área?

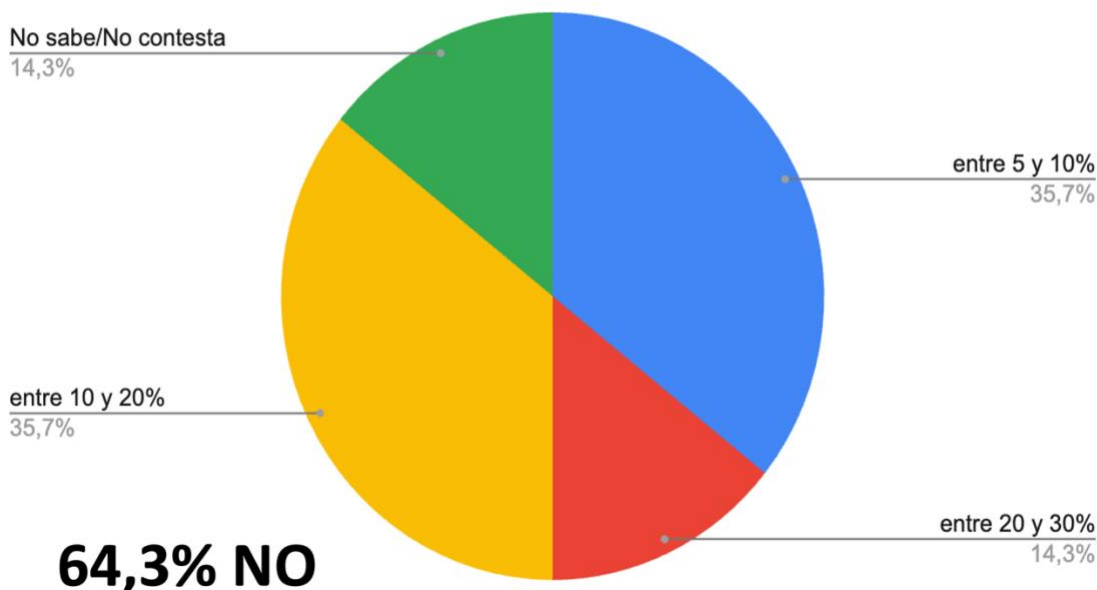


Gráfico 11 – Es el mismo que la torta Superior izquierda del grafico 10, magnificado: presenta cual "Cree" que es la tasa de ausentismo de su área (Respuesta correcta "entre 10 y 20%"). Demuestra que el 64,3% del personal no conoce con precisión los valores actuales de ausentismo.

Preguntas de la encuesta

- Marca temporal: fecha y hora de cuando respondieron la encuesta.
- Cargo o función dentro del Grupo KYNET: Descripción de su función dentro de la empresa.
- ¿Cuántos años de experiencia tiene usted en ese rol dentro del Grupo KYNET?
- ¿En qué sede del Grupo KYNET desempeña principalmente su trabajo?
- ¿Cuál es el área o sector donde desempeña su función?
- Según su conocimiento, ¿qué tasa de ausentismo de pacientes presenta su área o sector?
- ¿Considera que existen diferencias en los niveles de ausentismo entre las distintas áreas o sectores? En caso afirmativo, ¿cuáles identifica?
- ¿Cuáles considera que son las principales consecuencias del ausentismo para KYNET? (Por favor, enumere todas las que considere relevantes).
- Según su opinión, ¿qué factores asociados al paciente influyen en el ausentismo a un turno programado?
- Según su opinión, ¿qué factores asociados a la organización influyen en el ausentismo a un turno programado?

- ¿Qué acciones para reducir el ausentismo se han implementado en su área o sector?
- De las acciones implementadas, ¿cuáles considera que son las tres más efectivas para reducir el ausentismo?
- ¿Qué sugerencias o propuestas considera relevantes para reducir el ausentismo en el Grupo KYNET?
- ¿Qué barreras o dificultades percibe para mejorar la situación actual del ausentismo?
- ¿Cuáles considera que son las principales barreras para implementar acciones orientadas a la reducción del ausentismo?
- En su sector, ¿se realiza un seguimiento sistemático de indicadores relacionados con el ausentismo?
- ¿Qué indicadores considera clave para monitorear el ausentismo? (Puede seleccionar todas las opciones que considere pertinentes).
- En relación con el sistema de turnos, ¿qué indicadores considera clave para el monitoreo del ausentismo? (Puede seleccionar todas las opciones que considere pertinentes).
- ¿Desea agregar alguna reflexión, comentario o sugerencia final en relación con el abordaje del ausentismo en KYNET?

Análisis de las respuestas – Agrupado por temas

Tema 1 – Caracterización del encuestado

El 53,8% desempeña cargos gerenciales o directivos, el 23,1% ocupa roles como encargados de sedes de atención y el 23,1% se desempeña como coordinadores de áreas de servicios.

Respecto a la antigüedad en el puesto actual, el 38,5% posee más de 10 años de experiencia, el 15,4% entre 5 y 10 años, y el 46,2% menos de 5 años. La distribución por sedes es uniforme entre los encuestados.

En cuanto a los sectores donde desarrollan sus tareas, el 69,2% pertenece a áreas directivas generales, el 15,4% a Cardiología, el 7,7% a Kinesiología y el 7,7% a la unidad de estética médica.

Tema 2 – Percepción y magnitud del ausentismo

Conocimiento y gestión del ausentismo

- El seguimiento de indicadores es heterogéneo: una minoría reporta control diario o semanal, mientras que un grupo relevante indica ausencia de seguimiento o control esporádico (mensual).
- Esto evidencia asimetría de información interna, coherente con hallazgos previos: el ausentismo no es gestionado de forma homogénea entre áreas y sedes. Se centraliza y no se comparte la información.

Diferencias entre áreas

Las respuestas coinciden en señalar que:

- Kinesiología presenta mayores niveles de ausentismo que las consultas médicas.
- Las prestaciones seriadas concentran más inasistencias que las consultas puntuales.
- Interpretación: Mayor *lead time* + menor percepción de urgencia = mayor no-show.

Tema 3 – Factores Causales – Oferta y Demanda **Consecuencias para la institución – Organización**

Las respuestas abiertas se agrupan en cuatro ejes:

Económicas:

- Pérdida de ingresos para la institución y para los profesionales.
- Baja productividad del recurso humano por alto ausentismo

Operativas:

- Agenda ineficiente
- Espacios ociosos
- Dificultad para reprogramar turnos

Asistenciales:

- Interrupción de tratamientos
- Discontinuidad del cuidado

Clima organizacional:

- Desmotivación del personal
- Sensación de desorden operativo

Factores del paciente (demanda)

Se repiten con alta frecuencia las respuestas:

- Olvido del turno
- Falta de compromiso con tratamientos largos
- Cambios laborales o personales que impiden cumplir con el turno
- Mejoría clínica parcial
- Dificultades de transporte u horarios

Factores de la empresa (oferta)

Los factores más mencionados se agrupan en:

- Deficiencias en la **confirmación de turnos**
- *Lead time* elevado
- Falta de políticas claras de cancelación/reprogramación por cuestiones políticas relacionadas con los pagadores de servicios.
- Escasa utilización de listas de espera para lead time intermedio
- Comunicación fragmentada entre áreas

Tema 4 – Gestión, Barreras, Acciones

Acciones implementadas y efectividad percibida

Acciones más mencionadas:

- Implementación adecuada de recordatorios por WhatsApp y correo electrónico
- Reprogramación manual complica la gestión de agendas

- Contacto telefónico ante ausencias reiteradas podría funcionar

Acciones percibidas como más efectivas:

1. Recordatorios combinados (72 h + 24 h)
2. Confirmación activa del turno
3. Contacto personalizado en tratamientos seriados

Barreras para mejorar

Se identifican barreras estructurales:

- Falta de tiempo operativo para la gestión de ausentismo
- Falta de automatización completa
- Resistencia al cambio
- Ausencia de indicadores estandarizados
- Priorización de la urgencia sobre la gestión

Indicadores priorizados

Los KPIs más valorados coinciden con los definidos en el marco de este trabajo final integrador:

- Tasa de no-show (Diaria-semanal-mensual)
 - Cancelaciones tardías
 - Ocupación efectiva de agenda
 - Lead time
 - Turnos reprogramados
-

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES OPERATIVAS

- Las tasas de ausentismo en Kynet son similares a las descriptas internacionalmente (18%). 17,99% en Cardiología. 17,28% en Kinesiología y 17,11% en Consultas médicas. La estadística mundial refiere valores de entre 5 y 30%, con variaciones según múltiples factores. Enumerar los más importantes según la evidencia medica permitirá seguir esos puntos de cerca. Lead time: Tiempo desde la solicitud de un turno y la fecha del mismo. Edad y percepción de necesidad del paciente influyen directamente, demostrando que ambos extremos de la vida asisten casi en su totalidad a las consultas, seguimientos y tratamientos. Uno de los factores reportados con mayor peso es el antecedente de ausentismo previo del paciente.
- Las tasas de ausentismo no son similares entre todas las sedes, y conlleva a la toma de decisiones de alto impacto. Como ejemplo principal, se definió el cierre de la sede Pilar 2.
- Ante mayor demanda de estudios cardiológicos (Aptos Físicos) en Enero, Febrero y Marzo, se registran las menores tasas de ausentismo. La mayor necesidad del paciente, obliga a cumplir los turnos. La demanda aumenta por una necesidad real, con una percepción elevada del paciente para ese servicio, por lo que el ausentismo es francamente menor.
- Kinesiología y consultas médicas registran mayor ausentismo en Marzo y diciembre. Existen suposiciones, como por ejemplo para Diciembre que la agenda del paciente se vuelve inestable (eventos, fin de clases, balances laborales, viajes) y aumenta el *no-show* por cambios de plan y olvido. En estudios de ausentismo se observa efecto de feriados/periodos festivos asociado a mayor inasistencia.
En Argentina, además, hay feriados de diciembre y las vacaciones escolares de verano empiezan a mediados de diciembre y llegan hasta fin de febrero, lo que lleva a viajes y desorganización familiar. Marzo, acá hay una aparente contradicción: "vuelve la rutina" debería mejorar la asistencia, pero en la práctica marzo es el mes de reacomodamiento a las rutinas (horarios nuevos, transporte, actividades extracurriculares, escolarización).
- A partir de la encuesta realizada al personal jerárquico, se arribó a conclusiones relevantes para la gestión organizacional. Se identificó la necesidad de fortalecer la capacitación interna respecto de los niveles actuales de ausentismo y de las estrategias implementadas para su mitigación, con el objetivo de mejorar la gestión empresarial de manera integral. En este sentido, el 64,3% del personal encuestado manifestó no conocer con precisión los valores actuales de ausentismo, y un porcentaje adicional refirió desconocer los distintos recursos y herramientas que la organización utiliza para reducirlo.
- La implementación de un correo electrónico de recordatorio 72 horas previas a la consulta, complementado con un mensaje de WhatsApp enviado 24 horas antes del turno, se ha demostrado como una estrategia eficaz para la reducción del ausentismo. La evidencia disponible indica una mejora significativa en los niveles de asistencia, por lo que la continuidad y sistematización de esta metodología constituye una de las formas más

eficientes de gestión del *no-show* de pacientes en el ámbito ambulatorio. Y en los meses de mayor ausentismo, se debe reforzar dicho sistema, y probablemente agregar un mensaje extraordinario a los pre establecidos, con el probable efecto negativo de saturación del paciente.

- El seguimiento sistemático del ausentismo mediante indicadores específicos constituye un componente clave de la gestión diaria en una empresa de medicina. La medición periódica permite identificar patrones temporales, diferencias entre especialidades, sedes y tipos de prestación, así como evaluar el impacto de las intervenciones implementadas para reducir el no-show. Asimismo, el uso de indicadores de ausentismo facilita la toma de decisiones basada en datos, optimiza la asignación de recursos profesionales y físicos, y contribuye a mejorar la eficiencia operativa, la continuidad asistencial y la sostenibilidad económica de la organización.

RECOMENDACIONES OPERATIVAS

- Solicitar al sistema de turnos y gestión general de la empresa "RP sistemas" el informe automático, diario, semanal y mensual, de los diversos KPIs de gestión que se utilizan mayoritariamente: la tasa de ausentismo o no-show, la tasa de cancelaciones tardías, la tasa de ocupación efectiva de la agenda, el porcentaje de turnos reprogramados, el tiempo promedio entre la asignación del turno y la fecha de atención (lead time) y la tasa de relleno de agenda a partir de listas de espera. Además, con estos datos es más preciso calcular los sobre turnos / overbooking de cada prestación.
 - Capacitación global del personal sobre ausentismo: valores propias, benchmarking con empresas del sector, medidas aplicadas por la empresa, estandarización de mediciones y uso adecuado de KPIs para la toma de decisiones. Intentar evitar variabilidad entre sedes, especialidades y meses del año.
-

ANEXOS

ANEXO 1 – ENCUESTA – Personal Jerárquico – link Excel con respuestas :

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1tUVo1HlwwKzMeycem3iUyE-KiJ11rvtcEODh1ibpj0o/edit?usp=sharing>

Link Google form: <https://forms.gle/mYo7F7SRd6XttQ238>

Bibliografía

- Carreras, M., Guerrero, R., & Álvarez, M. (2017). Intervenciones para reducir el ausentismo en atención ambulatoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e13.
- Dantas, L. F., Fleck, J. L., Oliveira, F. L. C., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling—a systematic literature review. *Health Policy*, 122(4), 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
- DuMontier, C., Rindfleisch, K., Pruszyński, J., & Frey, J. J. (2013). A multi-method intervention to reduce no-shows in an academic primary care clinic. *Family Medicine*, 45(9), 634–641.
- Guy, R., Hocking, J., Wand, H., Stott, S., Ali, H., & Kaldor, J. (2012). How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? *PLOS ONE*, 7(9), e44465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044465>
- Kopach, R., DeLaurentis, P., Lawley, M., et al. (2007). Effects of clinical no-shows on service quality. *Journal of Operations Management*, 25(6), 1151–1162. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2007.01.001>
- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why we don't come: Patient perceptions on no-shows. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 541–545. <https://doi.org/10.1370/afm.123>
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? *Psychiatric Bulletin*, 31(6), 210–212. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.010256>
- Neal, R. D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V. L., Lawlor, D. A., & Dempsey, O. (2005). Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 211–219. <https://doi.org/10.1177/0020764005057394>
- Parikh, A., Gupta, K., Wilson, A. C., Fields, K., Cosgrove, N. M., & Kostis, J. B. (2010). The effectiveness of outpatient appointment reminder systems. *American Journal of Medicine*, 123(1), 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.01.036>
- Roberts, K., Callanan, I., & Tubridy, N. (2011). Failure to attend outpatient clinics: is it in our DNA? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(5), 406–412. <https://doi.org/10.1108/09526861111139212>
- Stubbs, N. D., Geraci, S. A., Stephenson, P. L., Jones, D. B., & Sanders, S. (2012). Methods to reduce outpatient non-attendance. *American Journal of Medical Science*, 344(3), 211–219. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31824997c6>
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- Valero-Bover, D., Alcalde-Rubio, L., Rivas-Ruiz, F., & Rodríguez-Barranco, M. (2019). Perfil del paciente que no acude a su cita y coste del ausentismo en atención ambulatoria. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201910097.
- Calendly. (2023, junio 15). *How to reduce no-show rates in sales*. Calendly Blog. <https://calendly.com/blog/reduce-no-show-rates-sales>
- Elipse.ai. (2023, agosto 2). *Gestión de turnos con IA: cómo mejorar la asistencia en citas médicas*. Elipse Blog. <https://elipse.ai/blog/gestion-de-turnos-con-ia-citas-medicas-mejorar-asistencia/#:~:text=En%20muchos%20centros%20m%C3%A9dicos%20de,y%20recursos%20que%20se%20de%20saprovechan>
- Elipse.ai. (2023, agosto 2). *Gestión de turnos con IA: caso de una clínica ambulatoria en México*. Elipse Blog. <https://elipse.ai/blog/gestion-de-turnos-con-ia-citas-medicas-mejorar-asistencia/#:~:text=Una%20cl%C3%ADnica%20ambulatoria%20en%20M%C3%A9xico,En%20menos%20de%20dos%20meses>
- Jabalera Mesa, M. L., Morales Asencio, J. M., & Rivas Ruiz, F. (2015). Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 235–245. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000200007>
- Medesk. (2022, diciembre 10). *¿Debería cobrarles a sus pacientes por no acudir a la cita?* Medesk Blog. <https://www.medesk.net/es/blog/penalizacion-a-pacientes-por-no-acudir-a-la-cita>
- Perkins, Z. (2023, marzo 20). *How to keep attendees engaged and reduce no-shows*. The Events Cast Podcast. <https://theeventscast.com/podcast/zoeperkins/#:~:text=1.%20Add%20extra%20touch,and%20keep%20the%20excitement%20high>
- Booknetic. (2023, abril 5). *10 strategies to reduce no-shows and increase bookings*. Booknetic Blog. <https://www.booknetic.com/blog/strategies-to-reduce-no-shows#:~:text=Businesses%20www,RemindersNo-No>
- Leila F. Dantas, Julia L. Fleck, Fernando L. Cyrino Oliveira, Silvio Hamacher - No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review - *Health Policy*, Volume 122, Issue 4, 2018, Pages 412–421, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300459>)

Alturbag, M. (2024). *Factors and reasons associated with appointment non-attendance*. PLOS One, 19(3), e029XXXX. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11102763/>

Baptista, S. C. P. D., Juliani, C. M. C. M., Lima, S. G. S., Martin, L. B., Silva, K. A. B., & Cirne, M. R. (2021). Patient absenteeism in outpatient consultations: An integrative literature review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03763. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NYZmytbwHwQ3CwTFqjzZy9s/>

Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling: A systematic literature review. *Health Policy*, 122(4), 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>

Jabalera Mesa, M. L. (2015). *Factores determinantes y coste económico del absentismo en consultas externas*. Revista Española de Salud Pública, 89(2), 195–206. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200007

Ofei-Dodoo, S., Kellerman, R., Gilchrist, K., & Casey, E. (2019). Why patients miss scheduled outpatient appointments at urban academic residency clinics: A qualitative evaluation. *Kansas Journal of Medicine*, 12(3), 77–80. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6710029/>

Sung, B., et al. (2024). Identifying barriers to outpatient appointment attendance. *BMC Health Services Research*, 24, 10947. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10947-8>

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Mankiw, N. G. (2021). *Principles of economics* (9th ed.). Cengage Learning.

Rodríguez Santana, I., Mason, A., Gutacker, N., Kasteridis, P., Santos, R., & Rice, N. (2021). Need, demand, supply in health care: Working definitions and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000020>

Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2020). *Health economics: Theory, insights, and industry studies* (7th ed.). Cengage Learning.

Varian, H. R. (2019). *Intermediate microeconomics: A modern approach* (9th ed.). W. W. Norton & Company.
