UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CARACTERIZACIÓN Y TIEMPO DE ESPERA DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA COMUNAL DE ORTODONCIA, COMUNA EL BOSQUE, SANTIAGO DE CHILE, 2025.

MATÍAS NÚÑEZ DIOCARES
DAYAN ROCO VARGAS

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae, para optar al título de cirujano dentista.

Profesor Guía: Nicolás Ponce Ibáñez - Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile
2025

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a Dios por cada bendición recibida, por no soltar nunca mi mano y por acompañar y guiar cada paso de mi camino.

A mis padres, porque sin ellos nada de esto habría sido posible. A mi mamá, Mayerling Vargas, por escucharme siempre, por su apoyo incondicional, sus consejos, su paciencia, su amor y por guiarme sin jamás limitar mis sueños. A mi papá, Alexis Roco, por estar presente a pesar de todo, por sus palabras, su cariño y por recordarme siempre mi fortaleza. Los amo con mi vida.

A mi familia, mis tíos y primos que, incluso a la distancia, me apoyaron de una u otra forma. A mi tío Manuel, a mi prima Stephanie y a mi tía Francisca.
Agradezco con el corazón a quienes ya no están físicamente, pero permanecen conmigo cada día: mi abuelita Rosa, mi Tata Bus y mi abuelo Víctor. Aunque no alcanzaron a verme llegar a esta etapa, siempre creyeron en mí. Este logro también es suyo.

Y cómo no agradecer a mis compañeros de estudio de cuatro patas: mi querido Osito, que hoy me cuida desde el cielo de perritos, y mis fieles Pichi y Picho, quienes más de una vez se desvelaron a mi lado en etapa de certámenes y controles.

A quienes fueron pilares fundamentales en mis años universitarios, gracias por confiar en mí incluso cuando ni yo misma lo hacía.

A mis docentes y académicos, gracias por enseñar desde la empatía, por acompañar este proceso con comprensión y cercanía, y por cada consejo que hizo más llevadero este camino. Mi gratitud especial a la Dra. Miriam Rosas, porque sin su apoyo probablemente no habría continuado en la carrera. Gracias por su empatía, su tiempo, por acompañarme y orientarme en los momentos más difíciles.
Gracias a la Dra. Sofía Piffardi, quien llegó cuando mi motivación estaba disminuyendo. Gracias por escucharme, por su manera tan humana y luminosa de ver la vida, por confiar en mí, darme oportunidades, aconsejarme y ayudarme a reencontrar el rumbo. Sin duda, una de las mejores docentes que tuve el privilegio de conocer.

A mis compañeros y amigos, gracias por compartir las risas, los llantos, los enojos, las frustraciones y las victorias, por la ayuda en clínicas, los trabajos en equipo y cada momento que hizo que este camino valiera la pena.

Agradezco a la carrera y a la vida, por cruzar en mi camino a quien fue mi amigo y compañero en cada etapa de este proceso: quien estudió, rió y lloró conmigo por un ramo, quien me acompañó y nos desvelamos juntos cuando teníamos certamen, con quien me quedaba hasta tarde en la sala de yesos, mi compañero de tesis y, hoy también, mi compañero de vida: Matías Núñez. Gracias por tu compañía, tu paciencia y tu amor. Lo más bonito de cerrar esta etapa es poder hacerlo contigo, te amo mucho.

Finalmente, agradezco a nuestros tutores de tesis, el Dr. Nicolás Ponce y la Dra. Patricia Moya, por su dedicación, su paciencia y sus enseñanzas a lo largo de este proceso.

***Dayan Andrea Roco Vargas Q**.*

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, gracias por ser el pilar que me sostuvo incluso cuando el camino se volvió difícil. Por cada palabra de aliento, por cada gesto de amor y por enseñarme que incluso en los días más duros siempre hay una razón para seguir adelante. Gracias por darme los valores que me hacen ser quien soy, gracias a mi padre por estar siempre presente, desde pequeño enseñándome a ser mi mejor versión en cada actividad que me proponga, siendo quien construye un camino para su familia, siendo de verdad el hombre de la familia, quiero que sepas que tu eres quien me inspira a ser un mejor hombre para estos tiempos, gracias por acompañarme hasta al final en mis locuras y por estirarme tu mano cuando mas lo necesito, se que mi abuelo estaría muy orgulloso de lo que has logrado como hijo, hermano y padre, asi como yo estoy orgulloso de ti, te amo papá.

Mi querida madre, no tengo palabras para describir lo afortunado que soy, gracias por la paciencia, por tu apoyo incondicional y gracias por tu educación, este no solamente es mi logro, también es tuyo, tú derramaste lágrimas conmigo, fueron lágrimas de pena, agobio pero también de felicidad, gracias por confiar en mí, por tu cariño, por tu sabiduría, te convertiste en la madre que quisiste tener y no te diste cuenta, no me abandonaste nunca ni me criticaste por las decisiones, solo me apoyaste y nunca me dejaste de amar, desde el inicio hasta el final del día, por eso hoy soy lo que soy y prometo seguir haciéndote sentir orgullosa del pequeño matías que formaste.

Mi pequeña hermana, gracias por acompañarme en este transcurso y ser mi fiel confidente, por prestarme tu hombro cuando necesitaba llorar, por ser un pequeño ser de luz, que sepas que siempre contaras conmigo aunque a veces tengamos nuestras diferencias, eso es lo que nos hace hermanos, te cuidare siempre, esté quien esté en nuestras vidas, podrás contar conmigo, yo estoy muy orgulloso de tus logros y se que ser la hermana pequeña no es fácil pero tampoco el mayor, cada uno tiene sus inseguridades pero independiente de eso nos tenemos nosotros y espero que jamas me faltes, te quiero mucho Xío. Sin ustedes, este logro no tendría el mismo significado.

A mis amigos, quienes hicieron más ligero este largo recorrido. Gracias por las risas, el apoyo incondicional y por recordarme que ningún desafío es tan grande cuando se comparte. A los que estuvieron desde el inicio, a los que se fueron dejando huellas, y a los que vendrán a acompañar las próximas etapas de mi vida.

A mi pareja, mi compañera dentista, Dayan Roco, con quien este viaje comenzó como una amistad y terminó convirtiéndose en algo hermoso. Gracias por caminar junto a mí, por compartir sueños, cansancio, metas y victorias. Te amo profundamente, y este logro también es tuyo, espero que sigamos recorriendo este lindo camino, desde el respeto y el cariño, se que te irá bien en todo lo que te propongas de aquí en adelante, después de todo las personas de corazón bonito merecen cosas bonitas.

Finalmente, a mis tutores, y especialmente a mi tutor Nicolás Ponce. Gracias por ser más que un tutor: por ser guía, compañero y amigo. Desde el momento en que me invitaste a ser parte del centro, me ayudaste a creer en mí mismo y a entender que podemos ser más que parte del montón. Gracias por enseñarme que la vida nos pondrá muchos cargos y responsabilidades, pero que con honor, convicción y buena disposición, siempre estaremos listos para enfrentarlos. Ese inicio que me diste marcó este camino para siempre.

Matías Humberto Núñez Diocares

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 2

RESUMEN 4

ABSTRACT 5

INTRODUCCIÓN 6

MARCO TEÓRICO 8

I. Anomalías dentomaxilares 8
II. Ortodoncia 9
III. Calidad de vida 10
IV. Estética dental 12
V. Lista de espera en odontología 13
VI. Accesibilidad y equidad en salud bucal 14
VII. Fondo Nacional de Salud 15

HIPÓTESIS 18

OBJETIVOS 19

I. OBJETIVO GENERAL 19
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 19

METODOLOGÍA 20

I. Diseño de estudio 20
II. Universo y muestra 20
III. Criterios de inclusión y exclusión 20
IV. Recolección de datos 20
V. Variables 21
VI. Análisis estadístico 22

RESULTADOS 23

DISCUSIÓN 27

CONCLUSIÓN 30

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 31

RESUMEN

Introducción: Las listas de espera en ortodoncia del sistema público chileno representan un desafío para la equidad y oportunidad en salud. Analizar los factores asociados al tiempo de espera permite optimizar la planificación y gestión local. **Objetivo:** Analizar las características sociodemográficas y el tiempo de espera de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en El Bosque, Santiago de Chile, 2025. **Metodología:** Estudio transversal analítico basado en el registro de 1150 usuarios en lista de espera ortodóncica. Se describieron variables sociodemográficas (edad, sexo, tramo FONASA) y tiempo de espera (años y días). Se aplicaron estadísticas descriptivas, prueba Shapiro-Wilk, correlación de Spearman para edad–tiempo de espera y prueba Mann–Whitney U para comparar por sexo, con significancia $p < 0,05$. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 51,7% mujeres y 48,3% hombres, con edad promedio de 11,5 ± 2,02 años (rango 6–17). El tramo FONASA más frecuente fue A (53,2%), seguido de D (17,7%). El tiempo de espera promedio fue de 2,61 ± 0,86 años (mediana: 3; rango: 1–8). Se observó correlación positiva débil entre edad y tiempo de espera (rho = 0,2578; p = 0,001). No hubo diferencias significativas según sexo (p = 0,418). **Conclusión:** Los tiempos de espera prolongados afectan por igual a ambos sexos y aumentan levemente con la edad, lo que indica que factores estructurales más que demográficos explican la demora. Se destaca la necesidad de fortalecer la red odontológica para mejorar la equidad y reducir la carga asistencial del nivel secundario.

Palabras claves: Ortodoncia, Listas de espera, Salud pública, Calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Orthodontic waiting lists in the Chilean public healthcare system represent a challenge to equity and timely access to care. Analyzing the factors associated with waiting time enables optimization of local planning and management. **Objective:** To analyze the sociodemographic characteristics and waiting time of beneficiaries of the municipal orthodontic resolution program in El Bosque, Santiago, Chile, 2025. **Methods:** Analytical cross-sectional study based on the registry of 1,150 users on the orthodontic waiting list. Sociodemographic variables (age, sex, and FONASA insurance tier) and waiting time (years and days) were described. Descriptive statistics, the Shapiro–Wilk test, Spearman's correlation for age–waiting time, and the Mann–Whitney U test to compare by sex were applied, with statistical significance set at $p < 0.05$. The sample was composed of 51.7% females and 48.3% males, with a mean age of 11.5 ± 2.02 years (range: 6–17). The most frequent FONASA tier was A (53.2%), followed by D (17.7%). The mean waiting time was 2.61 ± 0.86 years (median: 3; range: 1–8). A weak positive correlation was observed between age and waiting time (rho = 0.2578; $p = 0.001$). No significant differences were found by sex ($p = 0.418$). **Conclusion**: Prolonged waiting times affect both sexes equally and increase slightly with age, suggesting that structural rather than demographic factors explain the delay. Strengthening the dental care network is essential to improve equity and reduce the service burden on the secondary care level.

Keywords: Orthodontics, Waiting lists, Public health, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La autoestima de una persona está relacionada directamente con su aspecto físico, siendo considerado el rostro y su armonía como una de las características físicas más influyentes en este ámbito. Es a partir de la insatisfacción, que el ser humano se ve motivado a mejorar su apariencia, por lo cual las personas que padecen de algún tipo de anomalía dentomaxilofacial (ADM), buscan recibir por la especialidad de Ortodoncia la primera opción de tratamiento para lograr un resultado estético deseado (1).

Las anomalías dentomaxilofaciales, son un conjunto de alteraciones en el desarrollo de los maxilares, que suelen presentarse junto con la mala posición dentaria, afectando la forma, función y estética del sistema estomatognático. En Chile, las anomalías dentomaxilofaciales constituyen un problema de salud pública, posicionándose en el tercer lugar luego de caries dental y enfermedad periodontal. Según un estudio del Ministerio de Salud (MINSAL), la prevalencia de anomalías varía entre el 33.3% a los 4 años, 38.3% a los 6 años y el 53% a los 12 años. La ortodoncia, como especialidad dentro de la odontología, busca prevenir y/o corregir anomalías en la posición dental y maxilofacial, mejorando la relación entre los dientes maxilares y mandibulares y permitiendo el correcto desarrollo de las estructuras maxilofaciales (2,3).
La salud oral se relaciona con la calidad de vida, puesto que la cavidad oral lleva a cabo funciones del lenguaje, masticación, expresión facial, entre otras. Es por esto que se considera como un buen indicador de la salud del individuo, de su calidad de vida y de su bienestar individual y social (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como; “La percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes”. Los resultados de encuestas de calidad de vida relacionada con la salud bucal permiten la toma de decisiones basadas en evidencia para optimizar la planificación de recursos y mejorar la adherencia a los tratamientos, así como también la disminución de listas de espera, abordando la atención de manera integral, considerando aspectos como la experiencia social y emocional de la persona, así como su funcionamiento físico. A través de los años, las encuestas de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSO), se han considerado como una herramienta útil para una correcta planificación y desarrollo del tratamiento ortodóncico, a su vez, ésta es de suma relevancia en la evaluación de los objetivos alcanzados. Según la literatura científica, la fase del tratamiento ortodóncico puede afectar la calidad de vida de los

usuarios, empeorando o mejorando esta, ya que, en este aspecto, la calidad de vida relacionada con salud se refiere a aquellos elementos del bienestar que se ven afectados por la presencia de una enfermedad o el estar bajo un tratamiento (5,6).

Conocer las características sociodemográficas de las poblaciones es fundamental para entender la existencia de prevalencias por grupo etario o por sexo, otorgando información relevante para la toma de decisiones basadas en evidencia y aportar antecedentes para contribuir a la disminución de los tiempos en listas de espera. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar las características sociodemográficas y el tiempo de espera de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

MARCO TEÓRICO

I. Anomalías dentomaxilares

Las anomalías dentomaxilares (ADM) son un conjunto de alteraciones en el desarrollo de los maxilares, que suelen presentarse junto con la mala posición dentaria, afectando la forma, función y estética del sistema estomatognático. Existen anomalías intermaxilares, relacionadas a alteraciones entre maxilar y mandíbula en el plano transversal, sagital o vertical, e intramaxilares, que se encuentran relacionadas a alteraciones localizadas dentro de una misma arcada, tanto por tamaño dentomaxilar, número de dientes o pérdidas de tejido dentario. Su etiología es de carácter multifactorial, dentro de los cuales se encuentran factores genéticos, congénitos, locales, falta de crecimiento de uno o ambos maxilares, entre otros, así como también pueden ser provocadas por malos hábitos, tales como: Succión digital o de chupete, respiración bucal o interposición lingual. Gran parte de las anomalías son progresivas si se mantienen a través del tiempo y no son corregidas, pudiendo repercutir en las relaciones interpersonales de quienes la padecen (7,8,9).

Las anomalías dentomaxilares son una de las enfermedades bucales crónicas no transmisibles más prevalentes después de la caries y enfermedad periodontal tanto en Chile, como en el resto del mundo. Además, debido al alto costo de tratamiento e impacto en la calidad de vida y la relación con el entorno del paciente debido a su componente estético, es considerado como un importante problema de salud pública. Según un estudio de MINSAL del año 2010, la prevalencia de anomalías varía entre el 33.3% a los 4 años, 38.3% a los 6 años y el 53% a los 12 años, mientras que en un estudio preliminar realizado el año 2024 a niños/as de 6 años en cinco comunas de Chile, arrojó una prevalencia de niños con anomalías dentomaxilofaciales de un 59.1%. Un meta-análisis global realizado en 2020, arrojó un porcentaje de maloclusión cercano al 56% a nivel global en población pediátrica y juvenil (2, 7,10,11,12).

A pesar de los cambios de paradigmas y estereotipos a través del tiempo, debido a la afectación de la simetría facial y la estética general del rostro, se considera que las ADM genera un gran impacto en el bienestar emocional y social de quien la sostiene, creando sensación de vergüenza e incluso pérdida de oportunidades de trabajo por el mal aspecto autopercibido, deteriorando la calidad de vida y otorgando limitaciones sociales y funcionales, siendo la especialidad de Ortodoncia en muchos casos, la encargada de

tratar al paciente desde la prevención, hasta la corrección ortodóncica, para lograr un resultado óptimo (1,2,9,13).

II. Ortodoncia

La ortodoncia es una especialidad dentro de la Odontología que busca estudiar, prevenir y/o corregir anomalías en la posición dental y maxilofacial, mejorando la relación entre los dientes maxilares y mandibulares y permitiendo el correcto desarrollo de las estructuras maxilofaciales, logrando así una posición ideal determinada por cada paciente, en la cual se valoran diferentes factores, tales como: perfil facial, equilibrio facial y consideraciones estéticas, y así lograr una oclusión balanceada y funcional. Busca corregir la posición dentaria, pero también se enfoca en lograr una relación óptima entre tejido óseo, tejido blando y el funcionamiento orofacial (3,14).

Una correcta funcionalidad nos entregará una oclusión adecuada, favoreciendo no solamente la eficiencia masticatorio si no también la fonación y el equilibrio muscular, pero una maloclusión puede alterar nuestra dinámica mandibular, generando un mayor desgaste dentario e inclusive trastornos temporomandibulares. Desde una perspectiva estética, una alineación dentaria correcta y la proporción facial pueden influir significativamente en la percepción de la imagen personal, afectando el autoestima sobre todo en pacientes que se encuentran cursando el periodo de adolescencia y juventud, las cuales son dos etapas en la que la apariencia física adquiere una mayor relevancia social (15,16). La ortodoncia puede ser clasificada en 5 tipos de tratamientos: Ortodoncia preventiva, Interceptiva, correctiva, ortopedia funcional de los maxilares y rehabilitación ortodóntica (3).

Tratamientos de ortodoncia como tal, tenemos por un lado la ortodoncia preventiva, que se centra desde la erupción de las primeras piezas dentarias hasta el recambio dentario, enfocándose en la mantención de la dentición y oclusión en estado de normalidad, en la cual se engloban todos aquellos procedimientos que evitan que se vea afectada la normalidad de la oclusión, es decir, realizar restauraciones pertinentes, utilización de mantenedores de espacio luego de extracciones, identificación y eliminación de malos hábitos en fase prematura, entre otros con el fin de evitar la corrección quirúrgica. La ortodoncia Interceptiva, que entra en acción al ver los primeros signos de aparición de Anomalías dentomaxilofacial (ADM), basada en movimientos dentarios menores para devolver la oclusión a un estado de normalidad en el proceso de desarrollo, siendo la

primera etapa del tratamiento. Por último, la ortodoncia correctiva, clasificada como segunda etapa, es el tratamiento para utilizar con aparatología fija cuando ya existe una maloclusión o alteraciones en la función del sistema estomatognático, teniendo como objetivo el devolver la función masticatoria a su normalidad, así como también devolver la estética al paciente (3,17).

Las maloclusiones presentan una alta prevalencia en la población infantil y adolescente a nivel mundial, según estudios epidemiológicos, se estima que hay entre un 60% y 80% de la población de niños y adolescentes los cuales presentan algún grado de alteración oclusal los cuales requieren de un tratamiento ortodóntico, en un estudio se encontró que la distribución global de las maloclusiones de Clase I, Clase II y Clase III fue del 74,7% [31-97%], 19,56% [2-63%] y 5,93% [1-20%], respectivamente, siendo esta alta prevalencia un problema de salud pública importante. En Latinoamérica diversos autores reportan prevalencias mayores al 70% evidenciando un gran problema de salud bucal (18).

En Chile, los servicios públicos que constan de atención ortodóncica se debe en muchas situaciones a programas comunales o iniciativas específicas. La atención ortodóncica es un indicador relevante de equidad en salud bucal, al evidenciar la relación entre factores sociodemográficos y oportunidad de atención. Es por esto, que el acceso oportuno a la atención odontológica, específicamente en el área de ortodoncia, se asocia directamente con el bienestar emocional y la integración de las personas, mejorando su calidad de vida y devolviendo su dignidad (19).

Por último, es importante recalcar la ortodoncia, como especialidad de gran relevancia clínica y social, cuyo impacto se profundiza más allá de lo estético, abarcando funcionalidad, salud integral y calidad de vida.

III. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como; “La percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes”. El concepto de calidad de vida en relación con la salud oral (CVRSO), es un constructo multidimensional que no solo abarca el estado clínico

bucodental, sino que también incorpora aspectos subjetivos vinculados al bienestar psicológico, la funcionalidad, participación social y grado de satisfacción con la atención y sentido de sí mismo.

La calidad de vida en relación con la salud oral constituye un indicador fundamental para comprender el impacto verdadero de las condiciones orales en la vida diaria de las personas. La evidencia destaca que este impacto se encuentra directamente relacionado a determinantes sociales, así es como el nivel socioeconómico, el acceso a servicios y el nivel de escolaridad contribuyen en la percepción y experiencia de enfermedades bucales. Es por esta razón, que la salud oral no sólo puede ser evaluada en base a criterios clínicos, pues sus repercusiones también abarcan áreas psicosociales, tales como el autoestima, rendimiento académico o socialización.
Las alteraciones en la salud oral, ya sean estéticas o funcionales, pueden generar efectos psicológicos importantes que se reflejan en la disminución de la autoconfianza, aumento de la ansiedad social e incluso incita a la evasión de actividades tan cotidianas, como lo es una entrevista de trabajo.

Gracias al creciente reconocimiento de la importancia de la calidad de vida en relación con la salud oral, se han creado y/o modificado diversos instrumentos de medición de CVRSO, los cuales permiten evaluar de manera sistemática y objetiva el impacto de la salud oral desde un enfoque individual según la experiencia obtenida. Dichos instrumentos se utilizan como herramientas de investigación, permitiendo identificar fortalezas y áreas de mejora y facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia para optimizar la planificación de recursos, siendo un gran aporte al desarrollo de la comunidad en general.

Por tal motivo, la integración de la calidad de vida en relación con la salud oral en los procesos de diseño y evaluación de programas de salud es parte fundamental para lograr modelos de atención más equitativos y oportunos, además de ayudar a la identificación de grupos poblacionales que requieren de un abordaje diferenciado (20,21).

IV. Estética dental

La estética dental se ha considerado un aspecto fundamental dentro de la armonía y belleza del rostro, siendo la sonrisa y apariencia de los dientes, los principales componentes que afectan la estética facial, el bienestar emocional y la autoestima. Además, influye en factores importantes como la representación corporal, seguridad en sí mismo, y por consiguiente, en su percepción de calidad de vida (22,23). En el modelo de calidad de vida relacionada con salud de Wilson y Cleary se observa cómo diferentes factores interactúan para influir en cómo percibe un paciente su calidad de vida, involucrando factores sociales, psicológicos y funcionales (6).

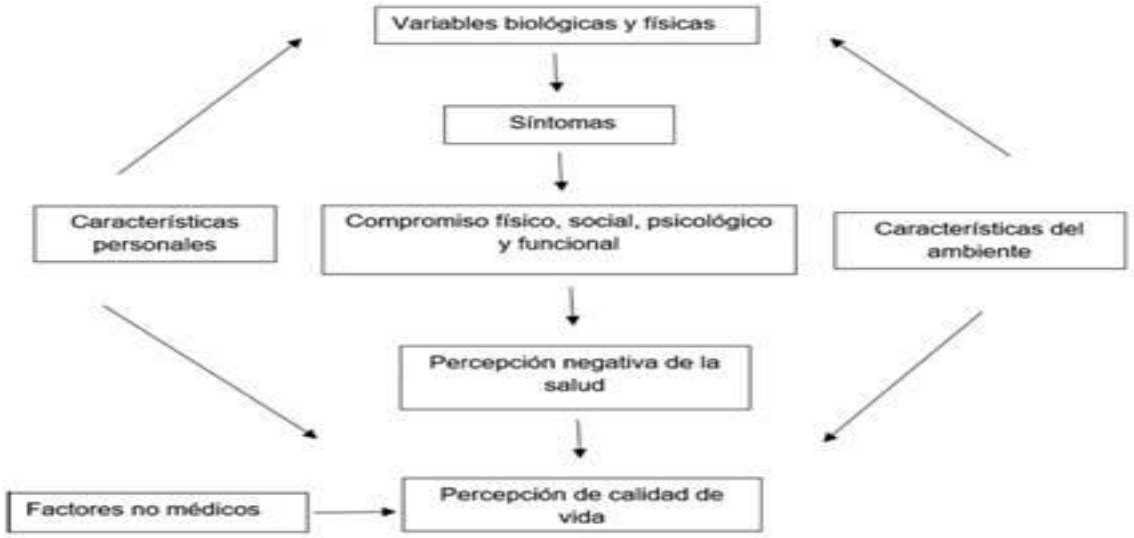


Imagen 1: *Esquema de modelo de CVRS propuesto por Wilson y Cleary. Sabando Vezna, Albala Cecilia. Quality of Life Related to Oral Health and Self-Perception of Health: National Survey of Quality of Life and Health 2015-2016 in Chile. Int. J. Odontostomat.*

El percibir una carencia estética en el ámbito dental, es una de las motivaciones que lleva al paciente a buscar atención odontológica. En el caso de pacientes con anomalías dentomaxilofaciales y la especialidad de Ortodoncia, se busca mejorar un problema funcional, que, además, posee un componente estético, puesto que las estructuras orales y periorales influyen de manera directa en la armonía general del rostro, siendo la sonrisa, un componente que otorga seguridad a nivel personal y social. Es por esto, que es importante que el diagnóstico y tratamiento de las ADM sean abordados desde un enfoque integral, reconociendo factores dentales, esqueléticos y musculares del

sistema estomatognático, así como también el bienestar psicológico del individuo, su entorno y requerimientos estéticos (24,25,26).

Un estudio sobre la afectación psicológica realizado a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en el año 2016 en Cuba, reveló que un 55,2% de los encuestados padecían afectación psicológica por la condición, traduciéndose en menor confianza en sí mismos, menor autoestima y con limitantes en su desarrollo social (26).

V. Lista de espera en odontología

El ministerio de salud (MINSAL) define la lista de espera como "Aquella lista de enfermos a los que el médico u otro profesional habilitado ha indicado una intervención de cualquier tipo y que, por razones ajenas a la voluntad del enfermo, tiene que esperar para ser atendido". Las listas de espera constituyen un instrumento de gestión sanitaria, las cuales se destinan a organizar la demanda asistencial cuando los recursos disponibles no dan abasto para suplir las necesidades de la población de manera oportuna (27).

En Chile, más específicamente en el sistema público de salud, las listas de espera son un indicador fundamental para evaluar accesibilidad, eficiencia y equidad de la atención. El que existan listas de espera hoy en día, significa un aumento sostenido de la demanda y la presencia de limitaciones por parte del sistema, divisando una falta de especialistas, así como también de recursos insuficientes (20). Con esto, es importante distinguir las listas de espera GES de las listas de espera NO GES. En las listas de espera GES se le otorgan garantías exigibles y tiempos máximos de atención en los cuales actualmente corresponden a 87 problemas de salud vigentes, mientras en las listas de espera NO GES entran patologías donde no están priorizadas en el programa AUGE - GES.

En Odontología existen 5 tratamientos cubiertos por el GES:

A) Atención integral de los pacientes con fisura labio-palatina: Esta condición cubre todas las atenciones de salud de un niño que nace con fisura labio palatina desde el nacimiento hasta los 18 años.

B) Atención integral para pacientes de 6 años: esta garantía cubre a los niños desde los 6 años y una vez que el niño ingresa al tratamiento GES se mantiene en control hasta que hayan erupcionado y se hayan sellado o tratado los primeros 4 molares definitivos.

C) Atención integral para pacientes de 60 años, pueden ingresar a tratamiento por garantía GES hasta cumplir los 61 años.
D) Atención integral de pacientes embarazadas: Esta garantía cubre a las mujeres embarazadas, se puede acceder a ella desde que se confirma el embarazo hasta 9 meses después del parto.
E) Atención de urgencias odontológicas ambulatorias: Esta garantía se aplica a un listado de patologías que se consideran urgencias, entre las que se encuentran: Pulpitis, Pericoronaritis, Traumatismo dentoalveolar (TDA), abscesos, complicaciones post exodoncia y exodoncias. Cabe destacar que el primero es atendido en un nivel de atención principalmente hospitalario. Mientras que los que le siguen son atendidos en su mayoría en la atención primaria de salud (28).

En cuanto a la lista de espera NO GES para atención en odontología, representan un problema no menor. Las especialidades odontológicas con mayor lista de espera fueron Rehabilitación Oral con un total de 129.090 pacientes, Ortodoncia con 109.716 y Endodoncia 65.093. Se puede observar que Ortodoncia se ubica en el segundo puesto de mayor lista de espera odontológica, resaltando que se encuentra dentro de las prestaciones no GES. En el cuarto trimestre del año 2023, la lista de espera odontológica no GES totalizó 464,296 consultas, siendo así un 20% de la lista de espera a nivel nacional (19).

Las listas de espera en Chile son consideradas altas, generando una problemática frecuente en los servicios de salud, esto debido a la alta demanda de pacientes y a la poca adherencia de los prestadores individuales/odontólogos en convenio con FONASA (10, 29).
Esto puede conllevar a varios efectos en los usuarios que requieren de atención dental, aumentando así la ansiedad, un alivio inadecuado del dolor, preocupaciones estéticas y funcionales, pérdida de dientes por fractura, dificultades en el habla, entre otros, afectando directamente la calidad de vida del usuario y su percepción de la calidad del servicio recibido (13).

VI. Accesibilidad y equidad en salud bucal

La accesibilidad en salud se refiere a la capacidad y posibilidad de todas las personas de utilizar servicios de salud integrales, oportunos, adecuados, de calidad y sin barreras de ingreso (económicas, geográficas o culturales). La accesibilidad sanitaria se sustenta

en 4 pilares fundamentales: No discriminación, acceso a la información, accesibilidad física y asequibilidad económica (30).
Por otro lado, la equidad en salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la “ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas” (31).

En Chile, existe una brecha importante entre las necesidades requeridas de atención odontológica y los recursos destinados a la misma, esto se puede evidenciar debido a la alta demanda en listas de espera actuales. Como ejemplo, un análisis realizado en 2019 consignó que aunque la recomendación de la OMS es de un odontólogo por cada 2.500 habitantes, en el sistema público de personas atendidas por FONASA, solamente se llega a la capacidad de un odontólogo por cada 97.000 usuarios. Esto refleja la inequidad de atención existente a nivel nacional, y refuerza la urgencia de poner énfasis a la problemática de la lista de espera odontológica (32).

El Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 del Ministerio de Salud (MINSAL) establece como objetivo estratégico mejorar el estado bucal de la población con un enfoque en equidad en salud. Por tanto, al analizar las características sociodemográficas de una población, además de considerar los factores individuales, es determinante la interpretación de los hallazgos a nivel estructural del sistema público de atención odontológica (33).

VII. Fondo Nacional de Salud

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el seguro de salud público de Chile y el principal financiador de prestaciones sanitarias a nivel nacional, que tiene por objetivo otorgar cobertura financiera a prestaciones de salud de sus afiliados, cuyas filas se componen de personas que no posean un seguro privado y personas que posean menores ingresos económicos. Fue creado en 1979 mediante la Ley N° 18.469 con el propósito de administrar y unificar los recursos públicos que se destinaban a salud, reemplazando así el sistema utilizado hasta ese entonces, que se administraba a través de cajas previsionales.

FONASA actúa bajo cinco funciones esenciales, las cuales son: Recaudación de cotizaciones obligatorias (7% de los ingresos imponibles de los trabajadores afiliados),

financiamiento de prestaciones de salud en instituciones públicas, y en ocasiones privadas, modalidades de acceso (atención institucional y libre elección), gestión administrativa del seguro estatal y su población beneficiaria, y la supervisión de cumplimiento de garantías de acceso en programas como lo es GES o AUGE. Bajo estas funciones, el Fondo Nacional de Salud actúa como aseguradora social y como intermediario financiero del sistema público (34).

FONASA clasifica a sus beneficiarios en cuatro tramos (A, B, C y D), según el nivel de ingresos que posean y su número de cargas, lo cual precisa su participación en los costos de atención en salud:

- Tramo A: Personas que no posean ingresos o estos sean muy bajos. Indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones básicas solidarias, causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).
- Tramo B: Personas que posean ingresos bajos, permitiéndoles acceder a atención pública o privada con copago cero. Ingreso imponible mensual menor o igual a $529.000.
- Tramo C: Personas que posean un ingreso mayor con restricciones de gasto, permitiéndoles acceder a prestaciones públicas con copago cero o privadas con copago de un 10%. Ingreso imponible mensual mayor a $529.001 y menor o igual a $772.340. Si el beneficiario posee tres o más cargas, pasará al tramo B.
- Tramo D: Personas que posean un ingreso económico mensual mayor, permitiéndoles acceder a prestaciones públicas con copago cero o privadas con copago de un 20%. Ingreso imponible mensual mayor a $772.341. Si el beneficiario posee tres o más cargas, pasará al tramo C.

En el contexto de la atención odontológica, FONASA posee un rol limitado, ya que aunque el sistema público cubre variadas prestaciones, muchas especialidades dentales no están completamente cubiertas por el programa GES. En Atención Primaria de Salud, FONASA cubre las siguientes prestaciones: Controles preventivos, operatoria básica, exodoncias, urgencias y educación en salud bucal. Mientras que dentro de los programas específicos tenemos: Salud oral integral para embarazadas, GES niños de 6 años, adulto mayor de 60 años, sembrando sonrisas, urgencia odontológica, atención odontológica integral adolescente, más sonrisa para Chile, entre otros, por lo que los pacientes dependen muchas veces de recursos en programas comunales o de la lista de espera de la red pública.

Asimismo, se debe enfatizar en la distribución de beneficiarios por tramo FONASA, pues esto refleja la vulnerabilidad socioeconómica. Actualmente, los tramos A y B concentran el mayor número de beneficiarios, con un total de beneficiarios de 3.072.700 pertenecientes al tramo A y un total de 7.000.657 pertenecientes al tramo B (59% del total entre ambos), y a su vez, son los tramos que reúnen a los beneficiarios con menores ingresos económicos. Esto puede limitar la capacidad para acceder a tratamientos privados y depender completamente del sistema público en atención en salud de ambos grupos beneficiarios, lo que aumenta considerablemente la carga sobre las listas de espera, con una demanda creciente para programas especializados, como lo es la ortodoncia, ya que la incorporación de ortodoncia en programas comunales o de resolución local es una estrategia relativamente reciente en varias municipalidades, dependiendo netamente de recursos propios, y no de una línea presupuestaria garantizada por FONASA (34,35,36).

HIPÓTESIS

El presente estudio busca analizar las características sociodemográficas, tales como sexo y edad, y analizar su relación con el tiempo de espera para acceder al tratamiento ortodóncico. Debido a que estudios previos han mostrado resultados diversos respecto a la asociación de factores individuales en el acceso a la atención, se plantea la siguiente hipótesis:

Existe relación entre las variables sexo, edad y tiempo de espera para tratamiento ortodóncico de los usuarios beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

OBJETIVOS

I. OBJETIVO GENERAL

Analizar las características sociodemográficas y el tiempo de espera de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

2. Describir el tiempo de espera de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

3. Relacionar el tiempo de espera con sexo y edad de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

METODOLOGÍA

I. Diseño de estudio

Diseño de estudio de tipo transversal analítico, realizado en beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo de la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025.

II. Universo y muestra

La población de estudio corresponde a hombres y mujeres que fueron derivados al programa comunal de ortodoncia y que están registrados en la lista de espera del programa comunal.

El tamaño de la muestra considera a la totalidad de los registros de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia en la comuna de El Bosque con corte al 2025. Los datos correspondientes a las derivaciones a ortodoncia son de 1150 beneficiarios.

III. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para este estudio corresponden al registro de beneficiarios del programa comunal de ortodoncia correctiva en la comuna de El Bosque.

Se excluyeron aquellos beneficiarios que hayan sido dados de alta disciplinaria o administrativa durante el tratamiento o en lista de espera de tratamiento ortodóncico o en tratamiento de ortodoncia quirúrgica en la comuna de El Bosque.

IV. Recolección de datos

En la recolección de datos, la principal fuente de información corresponde a la lista de espera para atención de la especialidad de ortodoncia entregada por la comuna de El Bosque. Esta lista está anonimizada y cuenta con las variables en estudio.

V. Variables

Las variables en estudio se muestran en el cuadro 1 y corresponden para aquellos usuarios con necesidad de tratamiento ortodoncia:

- Características sociodemográfica: sexo y edad y tramo FONASA como variables independientes.
- Tiempo de espera como variable dependiente.

Cuadro 1. Operativización de las variables:

Variables	**Definición conceptual**	**Naturaleza de la variable**	**Instrumento de datos**	**Indicador**
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y la mujer.	Cualitativa Nominal dicotómica	Registro comunal	0=Masculino 1=Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio.	Cuantitativa Continua	Registro comunal	Edad en años
FONASA	Tramo definido según ingreso familiar	Cualitativa ordinal	Registro comunal	Tramo A Tramo B Tramo C Tramo D
Tiempo de espera	Tiempo en días desde que se emite la interconsulta hasta que se realiza el ingreso por especialista.	Cuantitativa discreta	Registro comunal	Tiempo en días
Necesidad de ortodoncia	Derivación a la especialidad	Cuantitativa discreta	Registro comunal	Número de derivaciones

VI. Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y no paramétrica, dado que las variables edad y tiempo de espera no presentaron una distribución normal según la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$).

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar y rango) para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Dado el carácter no normal de los datos, se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis bivariado. Se aplicó la correlación de Spearman entre edad y tiempo de espera y la prueba de rangos de Wilcoxon (Mann-Whitney U), para comparar los tiempos de espera según el sexo. Todos los análisis se realizaron utilizando STATA versión 19.5, asegurando la reproducibilidad y validez de los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no involucró contacto directo con personas ni la manipulación de datos sensibles, ya que se basó exclusivamente en información secundaria proveniente de una lista anonimizada entregada por la comuna con fines de esta tesis. Por esta razón, no fue necesario obtener consentimiento informado individual.

RESULTADOS

El programa de ortodoncia de la comuna cuenta con un registro de 1150 beneficiarios con necesidad de atención en la especialidad, siendo levemente mayor la proporción de mujeres (51,7%) en comparación con los hombres (48,3%). Esto se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución porcentual de los participantes por sexo.

Sexo	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Masculino	555	48,3
Femenino	595	51,7
Total	1150	100,0

En la descripción de la variable edad, la muestra está compuesta principalmente por niños y adolescentes, con una distribución de edades centrada en torno a los 11 años y una variabilidad moderada. Es una población relativamente homogénea en cuanto a edad, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución descriptiva de la edad de los participantes del estudio

Variable	Frecuencia (n)	Media	D.E	Mediana	Rango (min-máx.)
Edad	1150	11,5	2,02	11	6 -17

La mayoría de los participantes pertenece al tramo A de FONASA (53,2%), correspondiente a personas sin ingresos formales o de menores recursos, lo que sugiere que la población estudiada se concentra principalmente en sectores de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Le siguen los tramos D (17,7%) y B (17,2%), que

agrupan a usuarios con ingresos medios y bajos. Un 11,7% pertenece al tramo C, mientras que sólo un 0,2% corresponde a otras categorías o casos no reportados.

La distribución de los tramos FONASA refleja un predominio de beneficiarios de menor nivel socioeconómico, lo cual puede influir en el acceso y las condiciones de atención en salud, especialmente en servicios odontológicos. Esto se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los participantes según tramo de afiliación a FONASA

FONASA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
A	612	53,2
B	198	17,2
C	135	11,7
D	203	17,7
Otra /NR	2	0,2
Total	1150	100,0

Al describir el tiempo de espera de los beneficiarios para ingresar a la atención de especialidad, se observa que el tiempo de espera promedio para los participantes fue de aproximadamente dos años y medio, con una variación que va desde un año hasta ocho años, lo que sugiere diferencias considerables en los plazos de atención o resolución.

Tiempo de espera en años: la media fue de 2,61 años, en promedio, los participantes esperaron alrededor de 2 años y medio. Existe una variabilidad moderada en los tiempos de espera y la mitad de los participantes esperó 3 años o menos. El tiempo mínimo de espera fue de 1 año y el máximo de 8 años.

Tiempo de espera en días: la media fue de 952,67 días, equivalente aproximadamente a 2,6 años, con una variación que se concentra cerca del promedio. Esto reafirma la tendencia central con una mediana similar a 2,5 años y los tiempos extremos muestran que algunos casos esperaron más de 8 años. Esto se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del tiempo de espera en días y años de los participantes.

Variable	Frecuencia (n)	Media	D.E	Mediana	Rango (min - máx.)
Tiempo de espera en años	1150	2,61	0,86	3	1 - 8
Tiempo de espera en días	1150	952,67	300,29	924	515 - 3008

Para analizar si existe una correlación entre la edad del participante y los años de espera, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las variables presentaron una distribución No normal (Prueba de Shapiro Wills < 0,05 para las variables). El resultado dio un valor de rho = 0,2578. Existe una correlación positiva débil a moderada entre la edad y los años de espera, lo que significa que, en general, a mayor edad, mayor tiempo de espera, aunque la relación no es muy fuerte. El valor p es menor a 0,05, lo que indica que la correlación es estadísticamente significativa. Es decir, la asociación observada no se debe al azar. Por tanto, existe una relación positiva y significativa entre la edad y los años de espera. A medida que aumenta la edad de los participantes, tiende a aumentar también el tiempo que llevan esperando atención. Sin embargo, dado que el coeficiente es bajo (rho ≈ 0,26), esta relación es débil, por lo que otros factores además de la edad probablemente influyen en el tiempo de espera. Lo mismo se observa para el tiempo de espera en días. Esto se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Correlación entre tiempo de espera en años y días y la edad de los participantes.

Variable 1	Variable 2	Coeficiente de correlación rho	Valor p
Tiempo de espera en años	Edad en años	0,2578	0,001
Tiempo de espera en días	Edad en años	0,2694	0,001

Nota: Coeficiente de correlación de Spearman

Se realizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras independientes (Mann–Whitney U test), aplicada para comparar los años de espera entre dos grupos según sexo. Aunque los hombres presentan un rango sumatorio ligeramente menor que las mujeres (323.603,5 vs. 338.221,5), la diferencia no es significativa. El tiempo de espera promedio es similar para ambos sexos en la muestra analizada. Por tanto, el sexo no parece influir en el tiempo de espera en esta población. Esto se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Relación entre tiempo de espera en años y sexo de los participantes.

Variable 1	Variable 2	Observaciones	Rank sum	Valor p
Tiempo de espera en años	Sexo masculino	555	323603,5	0,418
	Sexo femenino	595	338221,5	

En conjunto, los resultados sugieren que existe diferencia estadísticamente significativas para la variable edad y tiempo de espera, pero no por sexo.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar las características sociodemográficas y el tiempo de espera de los beneficiarios del programa comunal de ortodoncia resolutivo en la comuna de El Bosque, Santiago de Chile, 2025. Los resultados indican que el tiempo de espera aumenta levemente con la edad, pero no varía según el sexo. Asimismo, la distribución de tramos FONASA refleja una mayor concentración de beneficiarios en grupos socioeconómicos más vulnerables. Esto sugiere que las demoras en el acceso a atención de tratamiento de ortodoncia no se concentran en subgrupos específicos de la población, sino que se ven afectadas de forma relativamente homogénea a ambos sexos.

En la literatura internacional se registran estudios similares a esta investigación, en donde se reporta que las demoras en la evaluación ortodóncica en sistemas públicos se deben en su mayoría a barreras estructurales y administrativas, más que a características individuales de los usuarios. En Brasil en el año 2022, se realizó un estudio acerca de los determinantes claves que influyen en el tiempo de espera a la atención en centros odontológicos especializados, y se obtuvo como resultado que los tiempos de espera dependen de la gestión, capacidad instalada y coordinación con la atención primaria, más que de las características sociodemográficas de los pacientes, pues se evidenció que estos no actúan como principales predictores del tiempo de espera. Además, en auditorías del Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra del presente año, se observaron tiempos de espera prolongados para la atención en ortodoncia en niños, demostrando que las variaciones regionales y las listas de espera no son producto de los usuarios y sus características, sino más bien, se relacionan de manera directa con cómo se gestiona el servicio, en la cantidad de recursos, cómo se prioriza clínicamente y el cómo están organizadas las listas (37,38).

Asimismo, diversos informes y diagnósticos nacionales actuales dan cuenta sobre que las extensas listas de espera en salud oral se deben principalmente a falta de infraestructura y coordinación APS-especialistas, y cobertura limitada a prestaciones no GES odontológicos. Diagnósticos recientes en Chile, señalan cerca de 500.000 pacientes en lista de espera no GES, posicionando el área de ortodoncia en el segundo puesto dentro de esta lista con mayor porcentaje. Esto refuerza el planteamiento sobre la inequidad en atención odontológica en sistema público y escasa cobertura, pese a los esfuerzos que se han realizado en lograr el acceso equitativo a los servicios

odontológicos. Por consiguiente, es necesario aumentar los cupos de atención en programas resolutivos, además de fortalecer la planificación sanitaria y regular el financiamiento per cápita en Atención Primaria de Salud (APS) (19,33,38).

Las listas de espera constituyen un problema significativo actual de salud pública en Chile, en donde el área odontológica constituye un 20% en el total de la lista de espera a nivel país. Es por ello, que es esencial barajar políticas públicas que contribuyan a la disminución de ésta, especialmente en prestaciones que no se encuentran garantizadas por el régimen de Garantías Explícitas en Salud, como lo es la especialidad de Ortodoncia, ya que se encuentra en el segundo lugar de la lista de espera odontológica con un total de 109.716 pacientes (20).

Al ser una de las áreas con más lista de espera, y además, no GES, su atención depende netamente de los recursos locales disponibles, por lo cual los tiempos de espera son prolongados, lo que afecta de manera directa la calidad de vida, bienestar psicológico y la dignidad de niños y adolescentes que precisan de tratamientos ortodóncicos dentro de la etapa de crecimiento y desarrollo facial crítico.

El análisis del presente estudio abordado en usuarios de un programa comunal de ortodoncia permite la visibilización de las brechas en la distribución de recursos basados en la evidencia y la necesidad de planificación de estrategias de financiamiento y cobertura a atenciones odontológicas no GES en Chile, ya que existen especialidades odontológicas, incluido ortodoncia, que cuentan con baja oferta en el nivel secundario, lo cual genera tiempos de espera prolongados. Dicha planificación puede disminuir los tiempos de espera y permitir el avance hacia una mayor equidad en salud oral.

Además, el evaluar factores asociados al tiempo de espera, como lo son las características sociodemográficas de una población, permite identificar inequidades presentes dentro del sistema público, dado que la prolongación de espera para acceder a atención no se encuentra estadísticamente relacionada a dichas características sociodemográficas de forma significativa. Este hallazgo refuerza que los factores determinantes de la espera son principalmente estructurales ya sea como la disponibilidad de especialistas, cupos y tiempos de resolución hospitalaria, más que demográficos.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que se deben considerar al interpretar los resultados. En primer lugar, los datos para la realización del estudio se obtuvieron a través de registros administrativos del programa comunal de ortodoncia de El Bosque, los cuales pueden presentar posibles errores de digitación o información incompleta respecto de otras variables relevantes no incluidas en esta base (por ejemplo, nivel socioeconómico, dependencia del establecimiento educacional, o antecedentes odontológicos previos). La ausencia de estas variables limita la profundidad del análisis y podría subestimar posibles asociaciones.

Asimismo, en segundo lugar, el estudio se realizó en la comuna de El Bosque de forma unitaria y en un programa específico, lo cual restringe la generalización de los resultados a otros territorios, servicios de salud o programas odontológicos con distinta estructura, capacidad resolutiva o demanda asistencial.

Por último, el presente estudio se ha centrado únicamente en variables sociodemográficas básicas (sexo, edad y tramos FONASA), sin considerar otros determinantes sociales de la salud bucal que la literatura reconoce como influyentes en el acceso a atención odontológica, tales como barreras geográficas, nivel educacional y composición del hogar. La incorporación de estas variables en futuros estudios permitiría obtener una comprensión más integral de los factores que inciden en los tiempos de espera.

CONCLUSIÓN

En conclusión, entender que los factores que influyen las listas de espera en ortodoncia pueden ser estructurales más que demográficos, permiten pensar que la creación de una unidad de ortodoncia de especialidad a nivel comunal podría constituir una medida altamente efectiva para descongestionar el nivel secundario, mejorar la equidad en el acceso y fortalecer la red asistencial odontológica.

En conjunto, estos resultados entregan una caracterización del perfil de los pacientes en lista de espera ortodóncica, ofreciendo evidencia que logre sustentar decisiones de política local. La edad promedio y la concentración en etapas escolares justifican la instalación de una oferta comunal focalizada en niños y adolescentes, mientras que la ausencia de diferencias por sexo y la dispersión de los tiempos de espera refuerzan la necesidad de estrategias centradas en la oportunidad y continuidad de la atención más que en criterios demográficos.

Por tanto, este estudio al evaluar factores asociados al tiempo de espera, tales como el sexo y la edad, aporta una base objetiva para la planificación de servicios odontológicos especializados, orientados a la eficiencia, la equidad y la descongestión hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gacitúa-Cártes P, Werlinger-Cruces F, Ríos-Erazo M, Álvarez-Palacios E. Satisfacción del uso de brackets metálicos en relación a higiene oral, confort y autopercepción estética. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Mar [citado 2025 May 31];53(1):28-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100005

2. Subsecretaría de Salud Pública de Chile. Análisis de la situación bucal en Chile. Santiago: MINSAL; 2010. 8–9 p.

3. Quirós O. Introducción a la ortodoncia. Acta Odontol Venez [Internet]. 2004 Sep [citado 2025 May 31];42(3):230-1. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000300015

4. Cerón-Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. CES Odontol [Internet]. 2018 Jun [citado 2025 May 31];31(1):38-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2018000100038
doi: 10.21615/cesodon.31.1.4

5. Curto A, Alvarado-Lorenzo A, Albaladejo A, Alvarado-Lorenzo A. Oral-health-related quality of life and anxiety in orthodontic patients with conventional brackets. Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 29;19(17):10767. doi: 10.3390/ijerph191710767.

6. Sabando V, Albala C. Quality of life related to oral health and self-perception of health: National Survey of Quality of Life and Health 2015–2016 in Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 Sep [citado 2025 May 31];13(3):338-44. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2019000300338
doi: 10.4067/S0718-381X2019000300338

7. Cueto A, Skog F, Muñoz M, Espinoza S, Muñoz D, Martínez D. Prevalencia de anomalías dentomaxilares y necesidad de tratamiento en adolescentes. Int J Odontostomat [Internet]. 2017 Sep [citado 2025 May 31];11(3):333-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000300333
doi: 10.4067/S0718-381X2017000300333

8. Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO, Bobenrieth KF. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr [Internet]. 1999 Nov [citado 2025 May 31];70(6):470-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004
doi: 10.4067/S0370-41061999000600004

9. Álvarez FK, Sandoval JS, Navarro DM, Díaz-Narváez V. Frecuencia de anomalías dentomaxilares pediátricas en ortodoncia perteneciente al complejo asistencial Barros Luco Trudeau, Chile. Salud Uninorte. 2021 Dec 29;37(3):683-93. doi: 10.14482/sun.37.3.617.645.

10. Véjar-Véjar N, Gómez-Pastene F, Vásquez-Huerta A. Prevalencia de anomalías dentomaxilares y necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del pueblo originario Rapa Nui. Int J Odontostomat [Internet]. 2023 Sep [citado 2025 May 31];17(3):229-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2023000300229 doi: 10.4067/S0718-381X2023000300229

11. Lipari MA, Figueroa F, Rosas A, Sepúlveda R, De la Fuente G, Albers D, et al. Prevalencia de anomalías dentomaxilares y necesidad de tratamiento de ortodoncia en niñas/os de 6 años en cinco comunas de Chile: estudio preliminar. Int J Inter Dent. 2024;17(2):88-91. doi:10.4067/S2452-55882024000200088.

12. Lombardo G, Marcolini S, Foti C, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: a systematic review and meta-analysis. Eur J Paediatr Dent. 2020;21(2):123-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32567942

13. Aróstica AN, Carrillo LG. Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en preescolares de establecimientos municipales de Viña del Mar. 2016.

14. Moyers RE. Manual de ortodoncia. 4th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1992.

15. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary orthodontics. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

16. Feu D, de Oliveira BH, de Oliveira Almeida MA, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010;138(2):152-9.

17. Santiesteban-Ponciano F, Alvarado-Torres E. Ortodoncia interceptiva: revisión bibliográfica. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet]. 2015 [citado 2025 May 31]. Disponible en: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-37/

18. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: a systematic review. Dental Press J Orthod. 2018 Nov-Dec;23(6):40.e1–40.e10. doi: 10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl.

19. Caro JC, Moya P, Zamorano S, Ponce N. Propuestas para reducir las listas de espera odontológica: Mesa de Consenso sobre la Lista de Espera Odontológica. Santiago: Universidad Finis Terrae; 2024. Disponible en: https://repositorio.uft.cl/

20. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(4):284-90.

21. Quintanilla-Cohello MI, García-Rupaya CR. Impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental y los determinantes sociales en migrantes venezolanos Lima-2019. Odovtos [Internet]. 2022 Aug [citado 2025 May 31];24(2):122-35. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112022000200122
doi: 10.15517/ijds.2021.46680
22. Militi A, Sicari F, Portelli M, Merlo EM, Terranova A, Frisone F, et al. Psychological and social effects of oral health and dental aesthetics in adolescence and early adulthood: an observational study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(17):9022. doi: 10.3390/ijerph18179022.
23. Zaidi AB, Karim AA, Mohiuddin S, Rehman K. Effects of dental aesthetics on psychosocial wellbeing among students of health sciences. J Pak Med Assoc. 2020;70(6). doi: 10.5455/JPMA.17437.
24. Eslami N, Omidkhoda M, Shafaee H, Mozhdehifard M. Comparison of esthetics perception and satisfaction of facial profile among male adolescents and adults with different profiles. J Orthod Sci. 2016;5(2):47-51. doi: 10.4103/2278-0203.179406.
25. Patel TB, Mathur S, Upadhyay SR, Shah TD. A proportional appraisal of smile perception by laypersons, dental professionals, and a smile designing software: an in vivo study. J Indian Prosthodont Soc. 2021;21(4):391-6. doi: 10.4103/jips.jips_152_21.
26. García-Peláez SY, Soler-Herrera M, Colunga-Santos S, Martín-Zaldívar L, García-Peláez S. Afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y tratamiento de ortodoncia. Rev Hum Med [Internet]. 2016 Aug [citado 2025 Jul 27];16(2):246-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000200005
27. Senado de Chile. Tiempos de espera en la red asistencial: junio 2023 [Internet]. 2023 Aug 7 [citado 2025 Jun 22]. Disponible en: https://tramitacion.senado.cl/
28. Superintendencia de Salud. Garantías Explícitas en Salud (GES) [Internet]. Gobierno de Chile; 2024 [citado 2025 Oct 4]. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/
29. Contreras-Vielma A, Medina-Giacomozzi A. Diseño de procesos para reducir tiempo en lista de espera traumatológica no garantizada en un hospital público chileno. Rev Med Risaralda [Internet]. 2018 Jun [citado 2025 May 31];24(1):43-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100008
30. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. doi: 10.26633/RPSP.2020.100.

31. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en salud [Internet]. Washington (DC): OPS; [citado 2025 Oct 4]. Disponible en: https://www.paho.org/
32. Centro de Políticas Públicas UC. Salud bucal: determinantes sociales e inequidad en salud bucodental. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [citado 2025 Oct 4]. Disponible en: https://politicaspublicas.uc.cl/
33. Ministerio de Salud (Diprece). Evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal 2021–2030: corto plazo 2024 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2024 [citado 2025 Oct 4]. Disponible en: https://www.minsal.cl/
34. Diario Oficial de la República de Chile. *Resolución 3G/2836 Exenta: Estructura interna de Fonasa* [Internet]. Santiago; 2024 [citado 2025 Nov 4]. Disponible en: https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2024/08/30/43938/01/2536417.pdf
35. Superintendencia de Salud. *Fonasa* [Internet]. Gobierno de Chile [citado 2025 nov 4]. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/superintendencia/fonasa/
36. Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Datos Abiertos Fonasa* [Internet]. Santiago: FONASA; [citado 2025 nov 4]. Disponible en: https://datosabiertos.fonasa.cl
37. Cavalcanti RP, da Silva RO, Martelli PJL, Sobrinho JEL, Pucca Jr GA, de Silveira Gaspar G, de Lucena EHG. Factors associated with the waiting time for access to specialized oral healthcare services in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022 Feb;50(1):58–66. doi: 10.1111/cdoe.12720.
38. Lee Y, Stanford N. Waiting lists for NHS orthodontic care in England: how long are children waiting? Br Dent J. 2025. doi: 10.1038/s41415-025-8607-5.