



CAUSAS DEL ABANDONO DE EMBARAZADAS A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE. UN ESTUDIO CUALITATIVO

CAUSES OF PREGNANT WOMEN ABANDONING DENTAL CARE IN PRIMARY CARE IN CHILE. A QUALITATIVE STUDY

Montserrat Alejandra Soto Díaz^{a*}
 Cynthia Rossana Cantarutti Martínez^b
 Antonia Pardo Ortlieb^c
 Isabel Ortúzar Gaete^c
 Valentina Jordán Bakovic^c
 Mariana Andrea Moneva Leniz^c
 Pablo Madariaga Bustamante^d
 Claudia Paz Véliz Paiva^e

^aEstudiante de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^bCirujano Dentista, Magister en Salud Pública y Sistemas de Salud, Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^cCirujano Dentista, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^dMatrón, Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

^eCirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Chile.

Artículo recibido el 15 de mayo, 2025. Aceptado en versión corregida el 28 de julio, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1826

RESUMEN

Introducción: En Chile la atención odontológica para embarazadas está garantizada mediante Garantías Explícitas en Salud. Sin embargo, muchas mujeres que inician el tratamiento no lo completan. Las razones de este abandono han sido escasamente estudiadas desde la experiencia de las usuarias. **Objetivo:** Comprender el significado atribuido al tratamiento odontológico durante el embarazo y las razones que llevan a su abandono, desde la experiencia de mujeres que accedieron a las garantías. **Metodología:** Estudio cualitativo con análisis de contenido inductivo de entrevistas semiestructuradas a mujeres que no finalizaron el tratamiento odontológico en Atención Primaria de Salud. El muestreo fue por conveniencia. El análisis fue manual, independiente e incluyó validación de hallazgos con participantes. **Resultado:** Se realizaron once entrevistas, desde las cuales emergieron siete temas. El abandono se asoció a la dificultad para compatibilizar las horas con las exigencias cotidianas, agravada por la escasa flexibilidad horaria, los cambios de hora y la exclusión tras inasistencias. Se sumó un débil vínculo con el centro, con ausencia de rescate, rotación de profesionales y escasa información. **Discusión:** El abandono no se explicó por barreras clásicas como el costo, el miedo o la baja valoración de la salud bucal, sino por la dificultad para compatibilizar las exigencias cotidianas con un programa poco flexible y por un vínculo institucional débil. **Conclusión:** Los programas para gestantes deberían asignar horas compatibles con la vida cotidiana, fortaleciendo el vínculo y seguimiento con el centro.

Palabras clave: Embarazo; Atención odontológica; Accesibilidad a los servicios de salud; Investigación cualitativa; Pacientes desistentes.

ABSTRACT

Introduction: In Chile dental care for pregnant women is guaranteed through the Explicit Health Guarantees system. However, many women who initiate treatment do not complete it. The reasons underlying treatment abandonment have been scarcely studied from the perspective of users. **Objective:** To understand the meaning attributed to dental treatment during pregnancy and the reasons leading to its abandonment, based on the experiences of women who accessed the guarantees. **Methodology:** A qualitative study was conducted using inductive content analysis of semi-structured interviews with women who did not complete dental treatment in Primary Healthcare. Convenience sampling was used; the analysis was performed manually and independently, and included validation of findings with participants. **Result:** Eleven interviews were conducted, from which seven themes emerged. Treatment abandonment was associated with difficulties in reconciling appointments with daily life demands, exacerbated by limited scheduling flexibility, appointment changes, and exclusion from the program after missed visits. A weak connection with the healthcare center was also identified, characterized by the absence of follow-up strategies, professional turnover, and limited information. **Discussion:** Treatment abandonment was not explained by traditional barriers such as cost, fear, or low oral health valuation, but rather by the difficulty of reconciling daily demands with an inflexible program and by a weak institutional relationship. **Conclusion:** Programs targeting pregnant women should provide appointment schedules compatible with daily life and strengthen patient-center follow-up and relationships to promote treatment continuity.

Key words: Pregnancy; Dental care; Health services accessibility; Qualitative research; Patient dropouts.

Cómo citar:

Soto-Díaz MA, Cantarutti-Martínez CR, Pardo-Ortlieb A, Ortúzar-Gaete I, Jordán-Bakovic V, Moneva-Leniz MA, et al. Causas del abandono de embarazadas a la atención odontológica en atención primaria en Chile. Un estudio cualitativo. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de junio de 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1826>

Investigación financiada por Fondo de Investigación ODO UC, Carrera de Odontología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Las caries y la enfermedad periodontal se encuentran entre las enfermedades más prevalentes a nivel mundial, afectando a una alta proporción de la población adulta¹. Una de las medidas para reducir su incidencia ha sido la atención odontológica de las mujeres embarazadas, ya que su estado de salud bucal influye en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales^{2,3}.

La literatura ha descrito ampliamente las barreras que dificultan el acceso de las embarazadas a la atención odontológica, distinguiendo: a) estructurales, como el costo de la atención y las características de los proveedores; y b) personales, como la falta de percepción de necesidad, el miedo o la escasa valoración de la salud oral^{4,5}. En este marco, diversos estudios reportan que muchas gestantes utilizan poco los servicios o acuden solo ante la presencia de dolor⁵⁻⁹.

En Chile, en el año 2010 se incorporó al plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) la atención odontológica integral para las embarazadas, donde por ley se garantiza el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad a todas las mujeres embarazadas, tanto del sistema público como del privado¹⁰. A pesar de esta garantía, evidencia nacional muestra que una proporción relevante de las gestantes que ingresa al tratamiento no alcanza el alta integral, con tasas de eficacia inferiores a la meta ministerial¹¹, lo que sugiere que el abandono responde a factores que trascienden la cobertura financiera.

El abandono del tratamiento constituye un fenómeno distinto del acceso y ha sido menos estudiado que las barreras que anteceden al ingreso. Si bien la evidencia disponible ha permitido cuantificar la magnitud del problema⁹, existe escasa comprensión de cómo las mujeres embarazadas atribuyen significado a la atención odontológica y de los motivos que las llevan a interrumpir el tratamiento. Estos aspectos, significados, valoraciones y experiencias no son accesibles mediante los registros estadísticos que documentan el problema, sino que requieren un abordaje cualitativo capaz de recuperar la perspectiva de las propias usuarias. Abordar este fenómeno tiene, además, una justificación ética, dado que las políticas de salud pública requieren incorporar la perspectiva de los usuarios en el diseño e implementación de las intervenciones sanitarias¹².

Objetivo general

Comprender el significado atribuido al tratamiento odontológico durante el embarazo y las razones que conducen al abandono del tratamiento desde la experiencia de mujeres que accedieron al GES.

Objetivos específicos

- Describir el conocimiento y percepción de las

usuarias sobre el Programa Salud Oral Integral de la Persona Gestante.

- Explorar la valoración que las mujeres otorgan a la salud oral durante el embarazo.
- Describir las experiencias de las usuarias con el Centro de Salud Familiar (CESFAM).

El presente artículo se organiza en las siguientes secciones: metodología; resultados, ítem donde se presentan los siete temas emergentes identificados con citas textuales de las participantes; discusión, que contrasta los hallazgos con la evidencia disponible; y conclusiones, donde se sintetizan las implicancias para la práctica clínica y la política pública. El estudio utiliza un enfoque cualitativo mediante análisis de contenido de entrevistas individuales en profundidad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo, mediante análisis de contenido inductivo de entrevistas individuales en profundidad. Este enfoque resulta pertinente para comprender los significados que las participantes atribuyen a su experiencia y las razones asociadas al abandono del tratamiento¹³.

Muestra y participantes

El estudio se realizó en un CESFAM de la zona suroriente de Santiago, ubicado en una comuna de alta vulnerabilidad social. La elección de este centro se fundamentó en que sus registros evidenciaban una elevada tasa de abandono del tratamiento odontológico en gestantes, lo que lo constituía en un contexto especialmente pertinente para estudiar el fenómeno.

Definición de abandono

Se consideró abandono la situación de la mujer que, habiendo ingresado al tratamiento odontológico GES, presentó inasistencia a tres citaciones consecutivas debidamente informadas, de acuerdo con el registro de asistencia del centro¹⁰. Debido a las características de este registro, no fue posible determinar la etapa del tratamiento en la que ocurrió la interrupción.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: mujeres ingresadas a control prenatal desde 2011, cuyos hijos tuvieran nueve meses o más al mes de julio de 2015, que hubieran abandonado el tratamiento odontológico durante la vigencia de la garantía GES según registro del centro, y que aceptaran participar voluntariamente mediante la firma de un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: dificultades de comunicación (imposibilidad para hablar o escuchar)

o condiciones que impidieran sostener la entrevista, y mujeres cuya garantía GES se encontrara vigente al momento del estudio. Estos criterios se evaluaron sobre la base de la información disponible durante el reclutamiento.

Muestreo

Se utilizó un muestreo por conveniencia, considerando a las mujeres que cumplían los criterios de elegibilidad¹⁴. Las posibles 442 participantes fueron contactadas vía telefónica por un administrativo para invitarlas a participar. El reclutamiento se realizó en enero y febrero de 2016.

Recolección de la información

Las entrevistas fueron realizadas por un sociólogo externo al equipo de salud del centro, con experiencia en investigación cualitativa, previamente capacitado por el equipo investigador respecto de los objetivos y la conducción de las entrevistas. Su condición de agente externo buscó reducir el sesgo de deseabilidad social, al no haber participado en la atención de las usuarias.

Las entrevistas, de carácter semiestructurado, se organizaron en torno a ejes amplios y preguntas abiertas que invitaban a las participantes a relatar su experiencia con el tratamiento odontológico durante el embarazo, su vivencia en el centro de salud y los motivos asociados a la interrupción del tratamiento. Se realizaron entre febrero y marzo de 2016, en el domicilio de las participantes y con una duración de entre 30 y 60 minutos. Todas fueron grabadas y se complementaron con un cuaderno de campo.

Análisis de entrevistas

El análisis fue manual y se realizó mediante análisis de contenido inductivo. A partir de la lectura repetida de las entrevistas, cada investigador identificó de manera independiente ideas clave que se agruparon en temas y subcategorías. Los resultados se contrastaron en reuniones de

consenso, resolviendo las discrepancias mediante triangulación de investigadores. Tanto la recolección como el análisis se realizaron de manera simultánea.

Como estrategia de validación, se realizó una segunda entrevista de comprobación a la totalidad de las participantes (*member checking*), en la que se les presentó una síntesis de los temas mediante un árbol de problemas, solicitándoles indicar cuáles representaban mejor su experiencia.

Consideraciones éticas

Este estudio contó con la aprobación de los comités de ética en investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Todas las participantes invitadas consintieron su participación en el estudio. Citas textuales se presentan atribuidas a participantes individuales con un código alfanumérico para resguardar la confidencialidad.

RESULTADO

Características de las entrevistadas

Se realizaron once entrevistas válidas. De las doce mujeres que aceptaron participar, una fue excluida a solicitud del entrevistador, ya que durante la entrevista se constató que presentaba dificultades que le impedían responder adecuadamente; esta situación no había sido advertida en el reclutamiento telefónico, realizado por personal administrativo sin evaluación clínica.

El promedio de edad de las participantes fue de 34 años (rango 24-43) y tenían en promedio dos hijos (rango 1-4). Siete contaban con FONASA tramo A. Cinco habían completado la educación media, cuatro la tenían incompleta y dos contaban con educación básica incompleta. Seis desempeñaban trabajo remunerado fuera del hogar. El embarazo durante el cual ingresaron y abandonaron el tratamiento había ocurrido entre uno y cuatro años antes. Solo una era primeriza (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes odontológicos de la muestra.

ID	Edad	N° hijos	Nivel educacional	Trabaja	FONASA	Estado civil	Tuvo altas odontológicas antes
1	41	4	Media Incompleta	No	A	Casada	No
2	31	2	Media completa	Sí	B	Soltera	Si
3	43	3	Media completa	No	A	Soltera	No
4	31	2	Media incompleta	No	A	Soltera	No
5	24	1	Media incompleta	Sí	D	Soltera	No
6	33	2	Básica incompleta	No	A	Soltera	No
7	37	2	Media completa	Sí	C	Soltera	No
8	31	3	Básica incompleta	Sí	A	Soltera	No
9	33	2	Media incompleta	Sí	A	Soltera	No
10	38	2	Media completa	No	A	Casada	No
11	31	2	Media completa	Sí	C	Casada	No

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Síntesis de los temas emergentes y citas representativas.

Tema emergente	Subcategoría	Cita representativa
1. Conocimiento del GES de salud oral de la persona gestante	Información recibida	"Me mandó la matrona, ella me dijo que tenía una oportunidad, que me iban a cambiar las tapaduras" (E3).
	Alcance percibido del tratamiento	"Hacen atención básica no más ahí... Tratamiento de otro tipo no hacen" (E5).
	Desconocimiento de plazos	"Lo supe cuando mi hija tenía más de 1 año... perdí ya po, ya no fui" (E11).
2. Valoración de la salud bucal	Importancia estética	"Es importante porque uno se relaciona con otras personas... es importante tener una buena dentadura" (E7).
	Importancia económica	"Es una de las cuestiones más caras po... en vez de mantener las piezas y que te arreglen mejor" (E4).
	No es prioridad	"Para mí no era un tema, porque en mi embarazo tuve otras complicaciones" (E1).
3. Buena salud bucal	Validación por el profesional	"Si el dentista no da el alta uno no va a estar seguro" (E12).
	Asistencia como indicador	"Una persona que no va hace más de tres años al dentista debe tener infecciones en la boca" (E5).
4. Experiencia con el CESFAM	Ausencia de rescate	"Nadie me había llamado para seguir con el tratamiento" (E11)
	Exclusión del programa	"Me borraron del sistema del dentista por no haber asistido" (E1).
	Falta de continuidad	"Nunca fue la misma persona, eran diferentes (dentistas)" (E5).
5. Participación informada	Poca información del tratamiento	"Me cambiaban una tapadura, pero no me decían vamos a hacer esto" (E10).
	Sin espacio para opinar	"Los dentistas hacen su trabajo no más y si uno no pregunta no te dicen" (E2).
	Consecuencias no explicadas	"Uno sabe que puede perder los dientes, pero nunca me dijeron más allá... ni idea" (E8).
6. Razones del abandono: vida cotidiana y rigidez del programa	Exigencias de la vida cotidiana	"Yo trabajaba en ese tiempo... tuve que dejar el tratamiento" (E5).
	Cambios de hora inesperados	"Había veces que me cambiaban la hora y cuando me la cambiaba yo no podía ir" (E6).
	Temor al dentista	"Ese temor que le tengo al dentista... me siento culpable por no haber asistido" (E1).
7. Influencia de la salud bucal materna en los hijos	Creencias sobre el riesgo de transmisión	"Si tú no te lavas los dientes se le va a transmitir la infección al niño" (E8).
	Ejemplo para los hijos	"Si yo tengo los dientes sanos, es como un ejemplo para ellos" (E3).

Fuente: Elaboración propia.

Temas emergentes

Del análisis emergieron siete temas, cuyas subcategorías y citas representativas se presentan en la Tabla 2.

1. Conocimiento sobre el GES Salud Oral integral de la embarazada

Las participantes indicaron que la matrona les informó sobre el beneficio, pero sin detalles específicos. Se enteraron vagamente por comentarios cercanos. Percibían el tratamiento como básico, creyendo que procedimientos más complejos debían realizarse en otro lugar o de forma particular. Desconocían los plazos para acceder al tratamiento. A pesar de no completar el tratamiento, valoran positivamente el GES.

2. Valoración de la salud bucal

Las mujeres reconocen el valor de la salud bucal, pero no la asocian con riesgos para el embarazo. La valoración de la salud bucal se basa en la estética,

deseando verse bien, y en lo financiero, ya que consideran que los problemas dentales requieren tratamientos costosos no cubiertos por el servicio público. Proponen que la atención odontológica debería extenderse a todas las edades.

3. Buena salud bucal

Ante la pregunta sobre cuándo consideran que las personas tienen una boca sana, las participantes declaran que para considerar que tienen una buena salud bucal tienen que ir al dentista.

4. Experiencia con el CESFAM

Relataron falta de rescate por parte del personal tras ausencias y nula información sobre los plazos de su garantía. El caso más elocuente fue el de una participante que, tras perder a su hijo en el parto, no fue reincorporada al tratamiento pese a valorarlo: "Tuve mi hijo y falleció en el parto, entonces no fui más a control de dentista... nunca dejé de lado el tratamiento porque me convenía a mí" (E3). Perciben

poco interés del centro por conocer motivos de sus ausencias y razones personales importantes para acceder al tratamiento. Mencionaron atención por diferentes profesionales en cada consulta, sin explicación sobre su estado de salud bucal.

5. Participación informada

Las mujeres relatan no haber conversado sobre su estado de salud bucal ni tuvieron oportunidad de opinar sobre su tratamiento. Se les decía qué hacer en cada sesión, pero no se les explicó cuánto faltaba para terminar el tratamiento. Algunas no fueron informadas de las consecuencias de no realizarlo.

6. Razones del abandono: vida cotidiana y rigidez del programa

Ante la pregunta directa de por qué abandonaron el tratamiento odontológico, las mujeres relataron dificultades para compatibilizar con responsabilidades cotidianas, como el cuidado de hijos y trabajo fuera del hogar, poca flexibilidad en la asignación de horas, miedo a quedar fuera del programa tras faltar una vez, cambios inesperados de hora, y dificultades para comunicar inasistencias. Solo una mencionó miedo al dentista como motivo para no asistir. Las entrevistadas no consideraban que el tratamiento odontológico pudiera afectar el embarazo.

7. Cómo influye su salud bucal a la de sus hijos

Las mujeres tienen opiniones diversas respecto a cómo influye en sus hijos el estado de salud bucal, algunas consideran que podrían transmitir infecciones, otras que afecta emocionalmente a sus hijos y que al cuidar sus dientes son ejemplo para sus hijos.

DISCUSIÓN

Las participantes mostraron un conocimiento limitado del programa, ya que, si bien la matrona les informaba del beneficio, desconocían su alcance y plazos. En cuanto a la valoración de la salud bucal, la asociaron principalmente a la estética y al costo, más que a su relación con el embarazo, y consideraron que una persona solo está sana si un profesional lo confirma, lo que refleja un modelo de atención paternalista¹⁵. Esta valoración estética, más marcada que lo reportado para hombres¹⁶ y la baja valoración general de la salud bucal¹⁷⁻¹⁹ sugieren que las intervenciones educativas deberían abordar el significado que las propias mujeres atribuyen a su salud bucal, y no limitarse a entregar información.

Entre los factores descritos en la literatura, el que predominó como motivo de abandono en este estudio fue la dificultad para compatibilizar el tratamiento con las exigencias de la vida cotidiana^{20,21}. A ello se suma la creencia de que los problemas bucales durante el embarazo son normales y no requieren atención especial²², lo que reduce la prioridad asignada al tratamiento. Este hallazgo refleja la importancia de

abordar los resultados con una perspectiva de género, que contemple el cuidado de los hijos y el trabajo, señalados por las participantes como principales obstáculos que recaen predominantemente en las mujeres, de modo que la rigidez horaria del programa las afecta de manera desproporcionada²³. En cambio, ninguna participante mencionó motivos ampliamente descritos en la literatura, como el temor, las actitudes de los proveedores o los costos asociados^{4,5,19,24}, lo que probablemente se debe a que la atención fue gratuita y en el marco del GES¹⁰.

El relato de las participantes se remitió principalmente a los problemas de continuidad del cuidado y a dificultades administrativas, como la ausencia de rescate tras las inasistencias, la exclusión del programa por faltar, la rotación de profesionales y la escasa información sobre su tratamiento. Más que una decisión deliberada de abandonar, describen un proceso en que el vínculo con el centro se debilitó progresivamente. La evidencia sobre continuidad de la atención en el primer nivel respalda que una relación sostenida con el equipo de salud mejora los resultados y la adherencia²⁵. Complementariamente, este debilitamiento del vínculo puede leerse a la luz del sentido de pertenencia, entendido como la importancia de que las personas se sientan valoradas y parte de una red de cuidado^{26,27}. La falta de contacto y seguimiento podría debilitar este sentido de pertenencia y, con ello, disminuir la percepción de interdependencia y compromiso con el cuidado recibido²⁸.

Estudios recientes han mostrado que una fuerte percepción de pertenencia comunitaria está relacionada con mejores resultados de salud y bienestar, sugiriendo que los vínculos sociales pueden influir en comportamientos de salud, incluida la adherencia a tratamientos^{29,30}. Estos antecedentes refuerzan la pertinencia de considerar el vínculo y el apoyo social al diseñar programas centrados en la persona.

Si bien la política chilena de promoción de la salud reconoce la importancia de la participación ciudadana y la integración de la comunidad en la gestión local del cuidado³¹, los esfuerzos deben ir más allá de las actividades actuales. Estos hallazgos tienen implicancias concretas para la práctica odontológica y la organización de la atención primaria. A nivel clínico, sugieren informar con claridad los plazos y el alcance de la garantía, además de favorecer la continuidad con un mismo profesional. A nivel organizacional, apuntan a incorporar mecanismos de rescate ante inasistencias, mayor flexibilidad horaria compatible con las jornadas laborales y de cuidado de las usuarias y protocolos que eviten la exclusión automática del programa tras una falta.

Este estudio presenta limitaciones. La principal es la brecha temporal entre la recolección de los datos y

la actualidad. No obstante, los hallazgos centrales remiten a características estructurales de la organización de la atención primaria, la continuidad del cuidado, el seguimiento tras las inasistencias y el vínculo con el equipo de salud, dimensiones que no dependen de una coyuntura específica. Por ello, aunque el contexto sociosanitario ha cambiado, los mecanismos relacionales identificados conservan pertinencia para comprender el abandono en el marco del GES. Otra limitación es que no se incluyeron variables como la pertenencia a pueblos originarios o la condición migrante, que pueden influir en el vínculo con el centro^{32,33}. Al tratarse de un único centro, los resultados no buscan la generalización estadística, sino ofrecer una comprensión en profundidad cuya transferibilidad a contextos similares debe valorarse según sus particularidades.

CONCLUSIÓN

La desconexión emocional e institucional con el centro de salud se destaca como un hallazgo clave, reforzando la necesidad de promover un mayor sentido de pertenencia y continuidad del cuidado en la atención primaria. Asimismo, resulta pertinente incorporar la perspectiva de género y considerar factores culturales, como el origen étnico o la condición migrante, que pueden afectar la adherencia y la relación con el sistema de salud.

Estos resultados son relevantes para la disciplina porque señalan que las intervenciones para mejorar la adherencia al programa GES deben ir más allá del acceso estructural e incluir estrategias de vínculo, seguimiento activo y participación informada. Como acciones prioritarias se proponen el fortalecimiento del vínculo entre las usuarias y los equipos de salud, la mejora de los mecanismos de seguimiento ante inasistencias, y la promoción de una participación más activa e informada en el tratamiento.

Futuras investigaciones deberían explorar la experiencia de mujeres pertenecientes a pueblos originarios o en condición migrante, ampliar el estudio a múltiples centros de atención primaria e indagar la perspectiva de los equipos de salud respecto de las causas del abandono.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado el 17 de enero 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Haque F, Folyan MO, Virtanen JI. Maternal factors associated with early childhood caries among 3–5-year-old children with low socio-economic status in Trishal, Bangladesh. *Front Oral Health* [Internet]. 2023 [citado el 18 de enero 2026];4:1244359. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/froh.2023.1244359>
- Thearawiboon S, Rojanaworarit C. Risk of Early Childhood Caries Estimated by Maternal Dental Caries during Pregnancy: A Retrospective Cohort Study. *Eur J Dent* [Internet]. 2024 [citado el 18 de enero 2026];18(1):329-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769896>
- Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [citado el 18 de enero 2026];34(8):e00130817. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00130817>
- Frey-Furtado L, Fonseca M, Melo P, Listl S, Pereira ML. Oral healthcare access: self-perceived barriers faced during pregnancy - a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];25(1):1394. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22593-8>
- Al Jallad N, Manning S, Mao X, Mehta P, Wu TT, Cacciato R, et al. Identifying Patterns in Dental Visit Attendance Among Pregnant Women: A Retrospective Cohort Study. *AJPM Focus* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];4(2):100322. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.focus.2025.100322>
- Kamalabadi YM, Campbell MK, Zitoun NM, Jessani A. Unfavourable beliefs about oral health and safety of dental care during pregnancy: a systematic review. *BMC Oral Health* [Internet]. 2023 [citado el 18 de enero 2026];23(1):762. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03439-4>
- Onwuka C, Onwuka CI, Iloghalu EI, Udealor PC, Ezugwu EC, Menuba IE, et al. Pregnant women utilization of dental services: still a challenge in low resource setting. *BMC Oral Health* [Internet]. 2021 [citado el 18 de enero 2026];21(1):384. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01746-2>
- Cantarutti Martínez CR, Veliz Paiva CP, Pardo A, Ortúzar I, Jordán V, Moneva M, et al. ¿Cuáles son las barreras de acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas? Una revisión de la literatura. *ARS Med* [Internet]. 2017 [citado el 18 de enero 2026];42(2):50-4. Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i2.890>
- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE. Salud Oral Integral de la Embarazada. Serie Guías Clínicas MINSAL 2013 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [citado el 18 de enero 2026]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Atenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-Integral-Embarazada.pdf
- Soto Villela I, Dehnhardt Canela B, Silva Oliva A, San-Martín-Roldán D, Calzadilla-Núñez A, Díaz-Narváez VP. Garantías explícitas en salud odontológica de las embarazadas y la salud pública por regiones y años 2010-2019 en Chile. *Salud Uninorte* [Internet]. 2022 [citado el 18 de enero 2026];38(2):505-28. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.38.2.617.6>
- Guerrero-Nancuante C, Melo A, Gundelach P, Fuster N. Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. *Salud Colect* [Internet]. 2023 [citado el 18 de enero 2026];19:e4486. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
- Marshall C, Rossmann GB. Designing qualitative research. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2010. 320 p.
- Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2002. 598 p.

15. Beca-Infante JP. La relación médico-paciente en el siglo 21. *Rev Chil Enferm Respir* [Internet]. 2018 [citado el 18 de enero 2026];34(4):209-11. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-73482018000400209>
16. Sfeatcu R, Balgiu BA, Mihai C, Petre A, Pantea M, Tribus L. Gender Differences in Oral Health: Self-Reported Attitudes, Values, Behaviours and Literacy among Romanian Adults. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [citado el 18 de enero 2026];12(10):1603. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm12101603>
17. Mendes L, Emmanuelli B, Segatto MDC, Knorst JK, Tomazoni F, Araújo G. Determinants of the use of dental services in the pre-gestational and gestational periods: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];41(7):e00179524. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt179524>
18. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. Dental Care-Seeking and Information Acquisition During Pregnancy: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 18 de enero 2026];16(14):2621. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142621>
19. Castro NCF, Barroso VMGP, Melo HC, Lima CASO, Pinto RS, Zina LG. Changes, Desire, Fear and Beliefs: Women's Feelings and Perceptions About Dental Care During Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];22(8):1211. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph22081211>
20. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: a triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado el 18 de enero 2026];18(1):153. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1773-6>
21. Winckler K, Rasmussen MU, Laugenborg J, Bukkehave KH, Fischer H, Heitmann BL, et al. Barriers for why pregnant women do not visit a dentist on a regular basis: using group concept mapping methodology. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2024 [citado el 18 de enero 2026];83:30-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00016357.2023.2283198>
22. Kamalabadi YM, Campbell MK, Gratton R, Athanasakos A, Haddad M, Jessani A. Oral health-related beliefs among a sample of pregnant women in Southwestern Ontario: a descriptive study. *Front Oral Health* [Internet]. 2024 [citado el 18 de enero 2026];5:1485815. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/froh.2024.1485815>
23. Organización Mundial de la Salud. Gender and health [Internet]. Ginebra: OMS; 2026 [citado el 18 de enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/gender?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1
24. Ahmed S, Shah H, Hussain A, Riafat S, Shaheen MN, Qureshi NA. Challenges in oral health referral during pregnancy: perspectives from antenatal and dental care providers. *BMC Oral Health* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];25(1):858. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06285-8>
25. Engström SG, André M, Arvidsson E, Östgren CJ, Troein M, Borgquist L. Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];75(757):e518-e525. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2024.0568>
26. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuidarte* [Internet]. 2016 [citado el 18 de enero 2026];7(1):1210-8. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
27. Babygeetha A, Devineni D. Social Support and Adherence to Self-Care Behavior Among Patients With Coronary Heart Disease and Heart Failure: A Systematic Review. *Eur J Psychol* [Internet]. 2024 [citado el 18 de enero 2026];20(1):63-77. Disponible en: <https://doi.org/10.5964/ejop.12131>
28. Howard AH, Gwenzi GD, Newsom L, Gebru BT, Gilbertson Wilke N, Howard AH, et al. The Relationship between Sense of Belonging and Well-Being Outcomes in Emerging Adults with Care Experience. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [citado el 18 de enero 2026];20(13):6311. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20136311>
29. Salinas-Rehbein B, Ortiz MS, Robles TF. Perceived social support and treatment adherence in Chileans with type 2 diabetes. *J Health Psychol* [Internet]. 2025 [citado el 18 de enero 2026];30(5):887-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13591053241253370>
30. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharm Pract (Granada)* [Internet]. 2021 [citado el 18 de enero 2026];19(2):2300. Disponible en: <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2021.2.2300>
31. Ministerio de Salud de Chile. Programas de participación y promoción de la salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015 [citado el 18 de enero 2026]. Disponible en: https://www.minsal.cl/promocion_participacion_objetivos/
32. Filler T, Jameel B, Gagliardi AR. Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 18 de enero 2026];20(1):1013. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09159-6>
33. Jones B, Heslop D, Harrison R. Seldom heard voices: a meta-narrative systematic review of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples healthcare experiences. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [citado el 18 de enero 2026];19(1):222. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01334-w>