

PREVALENCIA Y CAUSAS DE INASISTENCIAS EN CONSULTAS DE CLÍNICA MÉDICA

IGNACIO J. GANDINO¹, MARÍA JOSÉ PADILLA^{2,3}, JULIETA REY³, MARÍA AGUSTINA MARTELLA³, IRINA MIROSLAVA ONDARZA FERNÁNDEZ³, LIZ RIVILLAS³, MARCELO V. LEGUINA VENEGAS³, SOFÍA LEECH³, MILENA GOLDARACENA³, LUIZA FUGIMOTO CORREA³, VICTORIA A. IZQUIERDO³, DARÍO SCUBLINSKY⁴, FERNANDO SARMIENTO¹, MARTA AMENTA¹, FEDERICO AZPIRI⁵, BIBIANA AMOR⁵, CARLOS DAMIN⁵

¹Departamento Consultorios Externos, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, ²División Clínica Médica, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, ³Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, ⁴División Toxicología, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, ⁵Dirección, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Ignacio J. Gandino, Departamento Consultorios Externos, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, Cerviño 3356, 1425 Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignaciojgandino@gmail.com

Recibido: 9-V-2026

Aceptado: 3-X-2026

Resumen

Introducción: Las inasistencias a las citas ambulatorias en consultorios externos de adultos representan un problema frecuente y trascendente en materia de salud pública. Se carece de información al respecto en el sistema público de salud sobre la prevalencia y sus causas. El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de inasistencias a las consultas de clínica médica y, en forma secundaria, sus principales motivos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, incluyendo los pacientes que consultaron a clínica médica de nuestro hospital desde octubre a diciembre de 2025. Aquellos que no registraron su concurrencia fueron contactados telefónicamente y se les realizó una encuesta del motivo del incumplimiento a la cita programada.

Resultados: Se registraron 2758 consultas en clínica médica entre turnos concurridos, no concurridos y cancelados. Las inasistencias resultaron en 756 (31%; IC95% 27.6% a 34.4%) pacientes, de los cuales 237 (32%) contestaron la encuesta. La edad media fue 44.8 (16.4) años y 166 (70%) eran mujeres. La mediana de tiempo de espera desde que se sacó el turno hasta la visita fue de 30 (20-30) días. La principal causa de inasistencia fue la falta de solvencia económica para el traslado al hospital (n=45;19.2%), seguido de impedimentos laborales (n= 41; 17.3%) y malos entendidos en el día u horario de la cita (n=37; 15.6%).

Conclusión: La prevalencia de inasistencias a los consultorios de clínica médica en nuestro medio fue del 31%, siendo la falta de solvencia económica en el traslado al nosocomio su principal motivo.

Palabras clave: inasistencia, concurrencia, consulta clínica médica, acceso

Abstract

Prevalence and causes of missed appointments in internal medicine consultations

Introduction: Missed appointments at adult outpatient clinics represent a frequent and significant public health problem. Information regarding its prevalence and causes is lacking within the public health system. The objective of this study was to estimate the prevalence of missed appointments at the internal medicine clinic and, secondarily, to identify the main reasons for them.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted, including patients who visited the internal medicine clinic at our hospital from October to December 2025. Those who did not record their attendance were contacted by telephone and surveyed about the reason for their absence.

Results: A total of 2758 medical clinic visits were recorded, including attended, missed, and canceled appointments. Seven hundred fifty-six (31%; 95% CI 27.6% to 34.4%) patients were missed, of whom 237 (32%) responded to the survey. The mean age was 44.8 (16.4) years, and 166 (70%) were women. The median waiting time from scheduling the appointment to the visit was 30 (20-30) days. The main reason for missed appointments was lack of financial resources for transportation to the hospital (n=45; 19.2%), followed by work-related conflicts (n=41; 17.3%) and misunderstandings regarding the day or time of the appointment (n=37; 15.6%).

Conclusion: The prevalence of absenteeism in medical clinic offices was 31%, with the lack of economic solvency for transfer to the hospital being the main reason.

Key words: missed appointments, internal medicine consultations, access

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- El ausentismo en consultas ambulatorias es frecuente (5–55%) y afecta la eficiencia y el acceso al sistema de salud. Estudios previos, principalmente en contextos privados o internacionales, identifican al olvido y problemas administrativos como sus causas predominantes.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Este estudio evidencia una alta prevalencia de ausentismo (31%) en un hospital público y destaca el peso de ciertas barreras estructurales como sus principales motivos, especialmente económicas, laborales y organizacionales, aportando datos sobre inequidades en el acceso al sistema sanitario.

Las inasistencias a las citas ambulatorias y programadas en consultorios externos de adultos representan un problema frecuente y trascendente en materia de salud pública¹⁻⁴. Es importante destacar que la inasistencia podría tener efectos potencialmente negativos en los pacientes que no concurrieron a la consulta generando pérdidas de oportunidad de tamizaje, de control de comorbilidades, discontinuacio-

nes en el cuidado y falta de recomendaciones de eficacia, y comprometer la relación médico paciente⁵. Por otro lado, también perjudica a otras personas por producir demoras en el acceso, prolongando la disponibilidad de turnos. Esta situación finalmente termina en un incremento en los costos sanitarios y en un deterioro de la eficiencia y la calidad en la atención, lo que promueve un efecto desfavorable en los pacientes y en los indicadores y resultados en salud^{1-4,6}.

Las tasas de no concurrencia son muy variables en los distintos países, encontrándose desde el 5% al 55%^{1-4,6-9}. En el caso particular de Latinoamérica escasos estudios han documentado su prevalencia y sus principales motivos. En Costa Rica se evidenció un 11%¹⁰, en México un 17%¹¹, en Brasil un 25.6%¹², y en Chile entre un 8% y un 20%¹³. En Argentina tres reportes han observado los siguientes valores: 14% en Rosario¹⁴, 25.5% en el Hospital Italiano de Buenos Aires⁶, y 30% en un hospital pediátrico privado de la Ciudad de Buenos Aires¹⁵.

En el caso particular de las inasistencias a las consultas de clínica médica en los hospitales generales se carece de información y comprometerían significativamente el acceso a la salud de la población. El médico clínico es la puerta de entrada al sistema dado que mantiene el rol de cabecera, fundamental en la organización de los sistemas de salud, siendo el principal nexo entre el paciente y los recursos sanitarios¹⁶.

Conocer la prevalencia de no concurrencia y sus principales motivos es fundamental para poder generar estrategias que permitan reducir la tasa de inasistencia y sus consecuencias. No habiendo evidencia concreta conocida en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y teniendo en cuenta la importancia de este fenómeno, es que nos propusimos realizar esta investigación. El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de inasistencias a la consulta de clínica médica en el Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández y en forma secundaria sus principales motivos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todos los pacientes que tenían una consulta programada a clínica médica del Hospital General de Agudos Juan A.

Fernández desde octubre a diciembre de 2025. Aquellos pacientes que no registraron su concurrencia fueron seleccionados para contactarlos telefónicamente y realizarles una breve encuesta para entender su incumplimiento a la cita agendada. Se excluyeron del análisis los turnos cancelados, dado que al momento de la fecha programada ya no constituían citas vigentes y, por lo tanto, no representaban una oportunidad de asistencia o inasistencia. En consecuencia, para el cálculo de la prevalencia de inasistencia se consideraron únicamente los turnos programados que permanecían activos al momento de la consulta. También, se excluyeron todos los pacientes menores de 17 años por tener seguimiento en pediatría; y los días de decreto de paro general de los medios de transporte.

Los datos de los pacientes y los turnos se relevaron a través del sistema informático de historias clínicas electrónicas (HCE) de la Ciudad de Buenos Aires (SIGHEOS). Se contactó a las personas dentro de las 72 horas del ausentismo para evitar sesgos de recuerdo y poder realizar una breve encuesta con el fin de comprender su falta de asistencia a la consulta.

Las encuestas fueron llevadas a cabo por estudiantes de medicina entrenados para la realización de las mismas utilizando un cuestionario estructurado. Para las mismas se utilizaron múltiples fuentes con la intención de incluir todos los dominios conocidos y probables de inasistencia^{6,17-20}. Se preguntó sobre días de espera desde que programó el turno hasta la visita, nivel educativo, situación laboral, y capacidad física de traslado. Las preguntas del motivo de falta de concurrencia incluyeron: desconocimiento de la cita; no continuar necesitando la cita médica; consultó con otro profesional u otra institución; no conocer al profesional que se ha asignado; falta de relación adecuada médico paciente; miedo a recibir una mala noticia; sentirse mal el día de la cita; quedarse dormido; olvido de la cita; solvencia económica para el traslado al hospital; malos entendidos en el día o el horario de la cita; impedimentos laborales; impedimentos en el transporte; impedimentos relacionados con el clima; intentó cancelar pero no lo registraron en el sistema; tenía otra cita con otro médico y no llegaba a la consulta; tenía un trámite y no llegaba a la consulta; siempre hay mucha demora en la sala de espera para dar el presente o ver al médico; imposibilidad de conseguir quien cuide a los hijos o necesidad de cuidado de un familiar; embarazo; paciente internado; paciente que falleció; tuvo un accidente o urgencia familiar; llegó tarde; y no tener los resultados de los estudios solicitados por el médico. Por último, se dejó un campo libre si no coincidía la respuesta con alguno de los puntos anteriores. Si el paciente pre-

sentaba más de un motivo de inasistencia se incluyó en todas las categorías correspondientes.

Respecto a la definición de las variables se consideró cobertura de salud a la presencia registrada en la HCE de obra social o cobertura médica privada al momento de la consulta. Se consideró residencia en barrio marginal cuando el domicilio registrado del paciente correspondía a un barrio popular o asentamiento informal. El tiempo de seguimiento se definió como el intervalo, expresado en años, entre el primer registro de atención del paciente disponible en la HCE y la fecha de la consulta incluida en el estudio.

Las variables continuas se presentaron como media y desvío estándar (DE) o mediana con su respectivo rango intercuartilo (RIC), dependiendo de la distribución de la variable. Las variables categóricas se expresaron como número absoluto y porcentajes. La prevalencia se calculó como el total de casos inasistentes dividido por el número total de consultas programadas en el periodo observado, con su intervalo de confianza del 95% (IC95%).

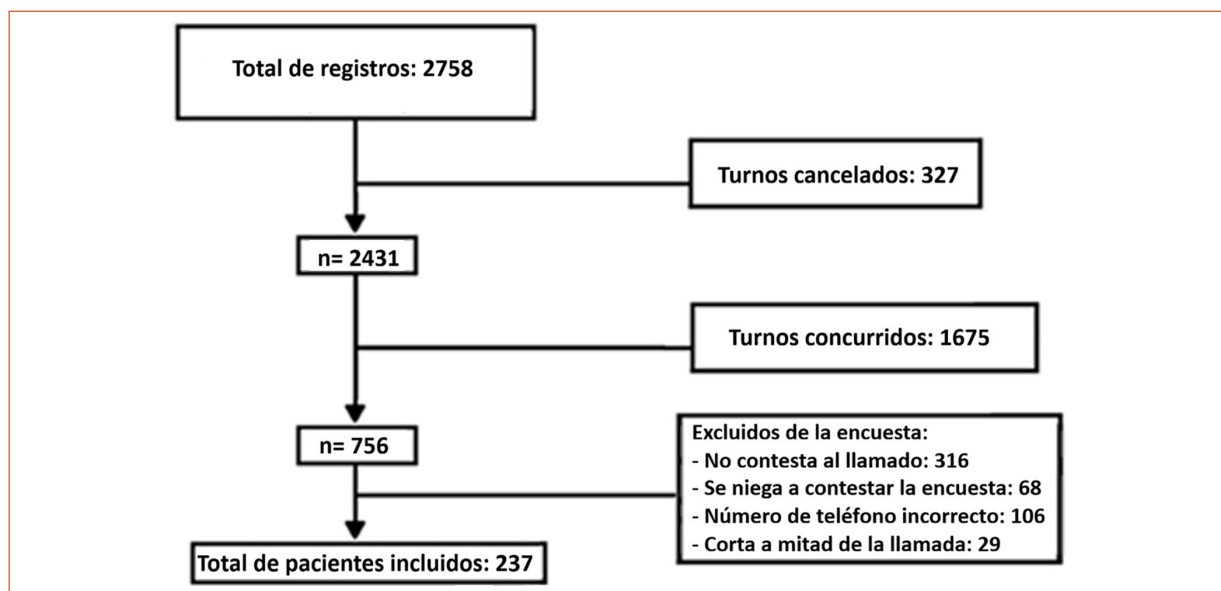
El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del Hospital para su realización.

Resultados

En el periodo evaluado se registraron 2758 consultas en clínica médica entre turnos concurrentes, no concurrentes y cancelados. No hubo turnos otorgados a menores de 17 años. Excluyendo a los cancelados, las inasistencias resultaron ser 756 (31%) (IC95% 27.6% a 34.4%), siendo su prevalencia para los turnos matutinos del 36.6% y para los vespertinos 28.3%. De los inasistentes 237 (32%) contestaron la encuesta. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo del reclutamiento.

De los encuestados, 166 (70%) resultaron mujeres y la edad media fue de 44.8 (16.4) años. El tiempo de seguimiento tuvo una mediana de 3.7 (1.1-6.8) años. La mediana de espera desde que se programó el turno hasta la visita fue de 30 (20-30) días. La Tabla 1 resume las características de los pacientes.

La Tabla 2 muestra los resultados de los motivos de inasistencia. En la misma se observa que la principal causa de no concurrencia es la falta de solvencia económica para el traslado al hospital (n=45; 19.2%), seguido de impedimentos laborales (n= 41; 17.3%) y malos entendidos en el día o el horario de la cita (n=37; 15.6%). Cuarenta y cuatro (18.6%) pacientes tuvieron una única causa de inasistencia, mientras que 176 (74.3%) tuvieron dos causas, y 17 (7.1%) tres o más.

Figura 1 | Diagrama que muestra el proceso de selección de la muestra**Tabla 1** | Características de los encuestados

Variable	n total = 237
Sexo femenino, n (%)	166 (70)
Edad en años, media (DS)	45 (16.4)
Extranjero, n (%)	2 (0.8)
Domicilio en CABA, n (%)	194 (81.9)
Cobertura de salud, n (%)	63 (26.6)
Barrio marginal, n (%)	22 (9.3)
Tiempo de seguimiento en años, mediana (RIC)	3.7 (1.1- 6.8)
Días de espera desde la solicitud del turno hasta la visita, mediana (RIC)	30 (20-30)
Inasistencia > 30%	100 (42.3)
Turno vespertino, n (%)	141 (59.5)
Situación laboral	
- Estudiante, n (%)	19 (8.1)
- Empleado, n (%)	83 (35.3)
- Trabajo independiente, n (%)	44 (18.7)
- Jubilado, n (%)	21 (8.9)
- Desempleado, n (%)	69 (28.9)
Nivel educativo	
- Primario incompleto, n (%)	3 (1.3)
- Primario completo, n (%)	77 (32.8)
- Secundario completo, n (%)	114 (48.5)
- Terciario completo, n (%)	20 (8.5)
- Universitario completo, n (%)	21 (8.9)
Incapacidad física de traslado	
- Sin incapacidad, n (%)	222 (94.5)
- Uso de bastón o muletas, n (%)	10 (4.3)
- Uso de sillas de ruedas, n (%)	3 (1.3)

n: número; DS: desvío estándar; RIC: rango intercuartilo; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tabla 2 | Motivos de las inasistencias a la consulta de clínica médica

Variable	n total = 237
Falta de solvencia económica para el traslado al hospital, n (%)	45 (19.2)
Impedimentos laborales, n (%)	41 (17.3)
Malos entendidos en el día o el horario de la cita, n (%)	37 (15.6)
Sentirse mal el día de la cita, n (%)	23 (9.8)
Imposibilidad de conseguir quien cuide a los hijos o necesidad de cuidado de un familiar, n (%)	19 (8.1)
Intentó cancelar, pero no lo registraron en el sistema, n (%)	19 (8.1)
Llegó tarde, n (%)	16 (6.8)
Impedimentos en el transporte, n (%)	13 (5.5)
Olvido de la cita, n (%)	12 (5.1)
Consultó con otro profesional u otra institución, n (%)	10 (4.2)
Tenía otra cita con otro médico y no llegaba a la consulta, n (%)	9 (3.8)
Tenía un trámite y no llegaba a la consulta, n (%)	7 (2.9)
Desconocimiento de la cita, n (%)	5 (2.1)
Tuvo un accidente o urgencia familiar, n (%)	5 (2.1)
Impedimentos relacionados con el clima, n (%)	4 (1.7)
Paciente internado, n (%)	4 (1.7)
No continuar necesitando la cita médica, n (%)	3 (1.3)
Siempre hay mucha demora en la sala de espera para dar el presente o ver la médico, n (%)	3 (1.3)
No tener los resultados de los estudios solicitados por el médico, n (%)	3 (1.3)
No conocer al profesional que se ha asignado, n (%)	2 (0.8)
Quedarse dormido, n (%)	2 (0.8)

n: número

Discusión

Este trabajo demostró una prevalencia de inasistencia en nuestro medio del 31%, similar a las estadísticas publicadas por centros privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires^{6,15}. Al igual que en el estudio de Neal y col., quienes analizaron las causas de falta concurrencia en la atención primaria de adultos en el Reino Unido mediante un cuestionario estructurado, se obtuvo una tasa de respuesta del 32%⁴.

En nuestro trabajo, la principal causa de inasistencia fue la falta de solvencia económica para el traslado al hospital, seguida de impedimentos laborales y de malos entendidos respecto al día u horario de la cita. Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado en otros estudios^{4,6,21} donde el olvido de la cita aparece como el motivo predominante. Si bien en nuestra población también se identificaron errores o

confusiones en la programación como una causa relevante, los factores socioeconómicos, particularmente las dificultades económicas para el traslado, adquirieron un peso mayor, lo que podría reflejar diferencias contextuales y de acceso al sistema de salud por tratarse de población más vulnerable que la que se atiende en un sistema privado. Esto se refleja en el reporte de Briatore y col.⁶ que, en un hospital de la misma ciudad, pero del ámbito privado, identificaron al olvido como la causa más frecuente.

En el caso de México, Medécigo-Micete y col.¹¹ encontraron que, además del olvido, los problemas administrativos y del sistema de turnos constituían una causa relevante de inasistencia. De manera similar, investigaciones en España²² han demostrado que factores como errores en la asignación de citas, duplicaciones o fallas en la cancelación pueden superar incluso al olvido

como causa principal. En nuestra población, la presencia de malos entendidos en la programación y dificultades para cancelar turnos refuerza la importancia de los factores institucionales, sugiriendo que el incumplimiento de la cita no depende exclusivamente del paciente, sino también de la organización del sistema de salud.

Desde una perspectiva más amplia, las inasistencias pueden interpretarse como una manifestación de problemas en el acceso a los servicios de salud. George y Rubin¹ plantean que el acceso es un concepto multidimensional que incluye la asequibilidad, la accesibilidad geográfica, la disponibilidad temporal y la organización del sistema. Bajo este marco, nuestros resultados pueden entenderse como diferentes expresiones de barreras de acceso: las dificultades económicas reflejan limitaciones en la asequibilidad, los impedimentos laborales en la disponibilidad temporal, y los errores en la asignación de turnos en la organización del sistema. Esta interpretación permite integrar los distintos factores involucrados en un sentido más amplio. Además, la evidencia disponible muestra una fuerte asociación entre la no concurrencia y la vulnerabilidad social. El trabajo de Neal y col.¹⁷ ha demostrado que vivir en áreas carenciadas se asocia significativamente con una mayor probabilidad de inasistencia, independientemente de las características organizativas de los servicios. Por otro lado, también parecería que ausencias frecuentes suelen ser por atravesar situaciones de inestabilidad o crisis personales²³. En concordancia, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes reportó múltiples causas de falta de concurrencia.

Finalmente, estos resultados resaltan la necesidad de diseñar estrategias específicas y contextualizadas para abordar la no concurrencia a las visitas programadas. Según nuestros hallazgos las intervenciones deberían centrarse en reducir las barreras estructurales, más que en modificar exclusivamente el comportamiento individual, generando mayor acceso por medio del transporte, o flexibilizar los horarios de

atención. Esto último se ha ido trabajando en los últimos meses en nuestro nosocomio habiendo incrementado la cantidad de oferta de turnos vespertinos. Si bien se han optimizado los sistemas de asignación y cancelación de turnos para minimizar errores administrativos esto pone en evidencia que aún se debe continuar abordando esta temática en forma más exhaustiva.

Entre las limitaciones de este estudio podemos destacar que la tasa de respuesta obtenida podría introducir un sesgo de selección, ya que los pacientes que aceptaron participar podrían diferir de aquellos que no respondieron. En este sentido, es posible que ciertos factores, como las barreras más complejas o situaciones de mayor vulnerabilidad, estén subrepresentados. En segundo lugar, la recolección de datos mediante encuestas telefónicas podría estar sujeta a sesgos de recuerdo y de deseabilidad social. Los pacientes podrían no recordar con precisión las razones de su inasistencia o tender a reportar motivos socialmente aceptables, como el olvido o problemas laborales, subestimando otros factores más sensibles. Por otro lado, la naturaleza unicéntrica del estudio constituye otra limitación relevante, ya que los resultados corresponden a una población atendida en un hospital público específico y podrían no ser generalizables a otros contextos, especialmente a instituciones privadas.

En conclusión, la prevalencia de inasistencias a los consultorios de clínica médica en nuestro hospital fue del 31%, siendo la falta de solvencia económica en el traslado al nosocomio su principal motivo. Esto refleja las inequidades estructurales en el sistema público de salud. Estudios multicéntricos y en distintos contextos permitirán comprender mejor la complejidad de esta temática.

Agradecimientos: Especial agradecimiento a Mónica Fontore y Belén Yannariello por su colaboración en la gestión de la información.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

- George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract* 2003; 20: 178-84.
- Menendez ME, Ring D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand* 2015; 10: 221-6.
- Blæhr EE, Kristensen T, Væggemose U, Søgaaard R. The effect of fines on nonattendance in public hospital outpatient clinics: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016; 17: 288.
- Neal RD, Lawlor DA, Allgar V, et al. Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 830-2.
- Alyahya M, Hijazi HH, Nusairat FT. The effects of negative reinforcement on increasing patient adherence to appointments at king abduallah university hospital in Jordan. *Inquiry* 2016; 20: 0046958016660411.
- Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage* 2020; 35: 207-20.
- al-Shammari SA. Failures to keep primary care appointments in Saudi Arabia. *Fam Pract Res J* 1992; 12: 171-6.
- Hermoni D, Mankuta D, Reis S. Failure to keep appointments at a community health centre: analysis of causes. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 107-11.
- Nancarrow S, Bradbury J, Avila C. Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: a retrospective cohort study. *Australas Med J* 2014; 7: 323-33.
- Calvo ML, Alvarado Rojas ÓM. Propuesta Estratégica para Disminuir el Ausentismo en la Consulta Externa de Especialidades en Hospital México [Internet]. Mar 2011 (cited 2 Jun 2018). En: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=COLEC.xis&method=post&forma to=2&cantidad=1&expression=mfn=018542>; consultado abril 2026.
- Medécigo-Micete C, Constantino-Casas P, Rodríguez-Pacheco JL. Causes for failure of the medical appointment program in a family medicine clinic. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45: 213-7.
- da Costa TM, Salomão PL, Martha AS, Pisa IT, Sigulem D. The impact of short message service text messages sent as appointment reminders to patients' cell phones at outpatient clinics in São Paulo, Brazil. *Int J Med Inform* 2010; 79: 65-70.
- Salinas EA, De la Cruz R, Basteas G. Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socio económicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave* 2014; 14: e6023.
- Moine JM, Bigatti CG, Leale G, Carnevali G, Francheli E. Un modelo predictivo para reducir la tasa de ausentismo en atenciones médicas programadas. En: <http://42jaiio.sadio.org.ar/proceedings/simposios/Trabajos/CAIS/20.pdf>; consultado abril 2026
- Mandirola Brioux HF, Guillén S, Alejandris J, Deporte J. El efecto del recordatorio de turnos sobre el ausentismo de pacientes ambulatorios. VII Congreso Argentino de Informática en Salud (CAIS 2016) - JAIIO 45 (Tres de Febrero, 2016). 2016. En: <http://hdl.handle.net/10915/57981> 85; consultado en abril 2026
- Del Castillo Rueda A, De Portugal Alvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *An Med Interna* 2004; 21: 31-8.
- Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 47.
- Frankel S, Farrow A, West R. Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. *BMJ* 1989; 298: 1343-5.
- Cosgrove MP. Defaulters in general practice: reasons for default and patterns of attendance. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 50-2.
- Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004; 2: 541-5.
- Turkcan A, Nuti L, DeLaurentis PC, et al. No-Show Modeling for Adult Ambulatory Clinics. In: Denton BT, ed. *Handbook of Healthcare Operations Management*. International Series in Operations Research & Management Science. Vol.184 New York, NY: Springer New York; 2013:251-88.
- Pereira-Victorio J, Vázquez-Molinero A, Lizán-García M, Gómez-Guardiola JL, González López-Valcárcel B. Absenteeism of patients to specialist outpatient in a tertiary hospital in Spain. *Med Gen y Fam* 2016; 5: 83-90.
- Waller J, Hodgkin P. Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? *Fam Pract* 2000; 17: 252-3.