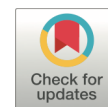






ARTICULO ORIGINAL



# Luces y sombras de la cirugía en horario extendido

## The pros and cons of surgery performed during extended hours

Juan Sebastián Martínez-Gutiérrez, MD<sup>1</sup> , Neil Valentín Vega-Peña, MD, MSc, MPHE, FACS<sup>2,3</sup> ,  
Luis Carlos Domínguez-Torres, MD, MSc, MPHE, PhD<sup>3</sup> ,  
Angela Rocío Acero-Gonzalez, MD, MSc, PhD<sup>4</sup> 

- 1 Programa de especialización en Cirugía General, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.
- 2 Servicio de Cirugía General, Clínicas Colsanitas y Clínica Reina Sofía, Bogotá, D.C., Colombia.
- 3 Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia.
- 4 Departamento de Salud mental, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

### Resumen

**Introducción.** En la actualidad se realizan aproximadamente 160 millones de procedimientos quirúrgicos, programados en franjas convencionales. Sin embargo, la capacidad instalada es deficiente para asegurar la cobertura universal deseada en salud. Se plantea la cirugía en horario extendido como un elemento a tener en cuenta, que puede permitir un incremento en la atención. A pesar de esto, su implementación es variable y polémica, no hay lineamientos que la reglamenten ni evidencia, por lo que el objetivo de este artículo fue evaluar la percepción de los diversos actores involucrados.

**Métodos.** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio, con enfoque fenomenológico, mediante entrevistas semiestructuradas a diversos actores identificados de las intervenciones. Se hizo codificación y análisis inductivo y de contenido para dar significado.

**Resultados.** Se obtuvieron 39 entrevistas, distribuidas en los cuatro grupos de actores. Se establecieron códigos únicos, categorías y subcategorías con ayuda de análisis de frecuencia, coocurrencia y relaciones derivadas de experiencias vividas durante las entrevistas.

**Conclusiones.** Hay elementos en común mencionados por los actores que permiten evidenciar mecanismos internos de negociación para asegurar la participación en los programas. De igual forma, se presentan objeciones frente a la posibilidad de complicaciones y elementos económicos susceptibles de negociación.

**Palabras clave:** admisión y programación de personal; citas y horarios; servicio de cirugía en hospital; evaluación de procesos y resultados en atención de salud; seguridad del paciente; complicaciones intraoperatorias.

---

Fecha de recibido: 13/08/2025 - Fecha de aceptación: 30/11/2025 - Publicación en línea: 26/01/2026

Correspondencia: Juan Sebastián Martínez, Universidad de La Sabana, Puente del Común, Km 7. Autopista norte, Chía, Colombia.  
Teléfono: +57 3134362450. Dirección electrónica: [juanmagu@unisabana.edu.co](mailto:juanmagu@unisabana.edu.co)

Citar como: Martínez-Gutiérrez JS, Vega-Peña NV, Domínguez-Torres LC, Acero-Gonzalez AR. Luces y sombras de la cirugía en horario extendido. Rev Colomb Cir. 2026;41:305-19. <https://doi.org/10.30944/20117582.3037>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

## Abstract

**Introduction.** Currently, approximately 160 million surgical procedures are performed during conventional operating hours. However, the existing capacity is insufficient to ensure the desired universal health coverage. Extended-hours surgery is being considered as a potential solution to increase access to care. Despite this, its implementation is inconsistent and controversial, lacking both regulatory guidelines and supporting evidence. Therefore, the objective of this article was to evaluate the perceptions of the various stakeholders involved.

**Methods.** An exploratory qualitative study was conducted, using a phenomenological approach, through semi-structured interviews with various stakeholders identified in the interventions. Inductive coding and content analysis were performed to derive meaning.

**Results.** Thirty-nine interviews were conducted, distributed across the four groups of stakeholders. Unique codes, categories, and subcategories were established with the help of frequency analysis, co-occurrence analysis, and relationships derived from experiences shared during the interviews.

**Conclusions.** There are common elements mentioned by the stakeholders that reveal internal negotiation mechanisms used to ensure participation in the programs. Similarly, objections are raised regarding potential complications and economic factors that are subject to negotiation.

**Keywords:** staff admission and scheduling; appointments and schedules; hospital surgery department; evaluation of processes and outcomes in healthcare; patient safety; intraoperative complications.

## Introducción

Las afecciones quirúrgicas representan un tercio de la carga mundial de enfermedades. Aproximadamente cinco mil millones de personas carecen de acceso a una atención quirúrgica segura y se estima que hay escasez de más de 17 millones de proveedores quirúrgicos. Hoy en día, uno de los objetivos de salud global encaminados a lograr el acceso universal a una atención quirúrgica y anestésica segura de alta calidad, requiere de una importante inversión en infraestructura para la atención médica, así como programas de educación y capacitación<sup>1</sup>.

Cada año se realizan aproximadamente 320 millones de procedimientos quirúrgicos a nivel mundial<sup>2</sup>, y de estos, la mitad corresponden a intervenciones programadas<sup>3</sup>. En Colombia, la ejecución de intervenciones quirúrgicas es variable, sin embargo, se ha determinado que la colecistectomía laparoscópica, la histerectomía y la facoemulsificación son los procedimientos más frecuentemente realizados, con tasas de ejecución estimadas de 206, 187 y 66,6 por 100.000 habitantes respectivamente<sup>4-6</sup>.

Estos procedimientos son típicamente realizados en las jornadas de trabajo habituales, entre las 07:00 y las 19:00 horas de los días lunes a sábados. Se ha expuesto como propuesta de ampliación de la jornada, mediante la cirugía en horario extendido -horario no convencional-, la cual comprende aquellas intervenciones efectuadas en un espacio temporal diferente al descrito, bien sea en horario nocturno, sábados en la tarde, domingos o festivos<sup>7</sup>.

En las instituciones hospitalarias donde se efectúan los procedimientos quirúrgicos de forma programada, es frecuente la habilitación de espacios en estos horarios no convencionales. Esta reconfiguración operativa se realiza de forma deliberada, de acuerdo con las horas de contrato laboral del personal asistencial, o de forma ocasional, como jornadas extraordinarias que varían de acuerdo con los intereses del asegurador y el prestador de servicios, en pro de disminuir las listas de espera, resolver casos prioritarios o suplir aumentos inesperados en la demanda, así como contingencias particulares de salas de cirugía, entre otras.

Son inobjetable las implicaciones en cada uno de los involucrados en su realización, derivadas de las acciones laborales en términos de bienestar personal y familiar, así como, de forma teórica, en la seguridad de los pacientes. El papel deletéreo de un exceso de trabajo en la salud mental y física del trabajador está claramente establecido, con su manifestación clásica conocida como síndrome de agotamiento<sup>8</sup>. Así mismo, el estudio de Gerdes J, et al.<sup>9</sup>, comparó el desempeño del personal que labora en horarios extendidos y describió un 25 % de menor agilidad y una probabilidad de error mayor a la de un cirujano no sometido a la jornada extendida, lo que limitaría la operación en estos horarios adicionales de trabajo. Sin embargo, esos desenlaces no han sido establecidos en el contexto de un programa quirúrgico formal actual.

En términos generales, los procedimientos nocturnos pueden aumentar las tasas de complicaciones, como lo presentaron Cortegiani A, et al.<sup>10</sup>, en un metaanálisis, con un valor p de 0,002 pero baja certeza de evidencia. La colecistectomía laparoscópica ha sido objeto de comparaciones de desenlaces frente a su realización en horario convencional y extendido, sin embargo, la población de estudio es variable y sus resultados contradictorios<sup>11,12</sup>. La integridad propia del personal involucrado, así como la seguridad del paciente, pueden afectarse ya que el estado de alerta se ve comprometido en jornadas extensas de trabajo<sup>13-15</sup>, razón por la cual en la actualidad los programas en horario extendido no son una realidad constante.

La implementación de programas quirúrgicos ambulatorios eficientes está determinada por diferentes elementos, entre ellos, la tasa de manejo ambulatorio, el rendimiento del quirófano, la tasa de morbilidad global, la tasa de pernocta y la tasa de reconsulta<sup>3</sup>; estos elementos modifican indicadores clínicos de satisfacción del paciente, los cuales son fundamentales para la optimización de los recursos y la mejoría de la atención.

Actualmente no hay una teoría única que guíe la implementación de los programas quirúrgicos en horario extendido, sin embargo, en su adopción se exponen cuatro actores fundamentales<sup>7</sup>, a saber:

- **Paciente:** Considerado como el pilar fundamental, objeto de acción y satisfacción, teniendo en cuenta desenlaces seguros esperados producto de un acto médico.
- **Equipo quirúrgico:** Responsable directo en la atención desde diferentes puntos de abordaje (cirujano, anestesiólogo, enfermeros, instrumentador quirúrgico, servicios generales), que conforman un sistema dinámico, interrelacionado y sincronizado, como parte de la teoría de la actividad<sup>16</sup>.
- **Institución prestadora:** Encargada de la creación de una logística enfocada al cumplimiento de la intervención segura, abogando por la selección adecuada de los pacientes, así como del equipo quirúrgico.
- **Asegurador:** Actor transversal, considerado por el concepto de valor en salud<sup>17</sup>, es el pilar fundamental del funcionamiento del sistema, en aras de la búsqueda de entendimiento y posterior ejecución efectiva.

Teóricamente la alineación de los intereses de los actores es la clave para la ejecución adecuada de los programas quirúrgicos en horario extendido, sin embargo, actualmente no hay estudios que determinen los elementos a considerar por cada uno de los actores, razón por la cual se planteó como objetivo principal en esta investigación analizar la percepción de los actores involucrados, sobre las cirugías en horario no convencional, motivaciones, barreras y limitantes para su ejecución, diversos desenlaces secundarios (como la evaluación de desafíos personales y laborales), condicionantes de la participación y mecanismos de negociación interna necesarios para accionar en las jornadas propuestas.

## Métodos

### *Tipo de estudio y población*

Se realizó un estudio con enfoque fenomenológico que buscó comprender las percepciones y significados asociados a la intervención quirúrgica en horario extendido<sup>18</sup>.

Se identificaron los actores involucrados en la cirugía de horario extendido a evaluar:

- Personal asistencial que se desempeñaba en las áreas de anestesiología, cirugía, enfermería, instrumentación quirúrgica, servicios generales.
- Personal administrativo de la institución prestadora: jefe de salas de cirugía institucional
- Pacientes sometidos a cirugía en horario extendido: Se incluyeron pacientes sometidos a diversos procedimientos, de especialidades como cirugía general, ginecología, ortopedia y urología.
- Representantes del aseguramiento enfocados en la autorización de las intervenciones, auditoría médica o programación quirúrgica.

Se propuso un muestreo intencional para la construcción de significado de acuerdo con la sistematización de resultados.

### **Entrevistas**

Se realizaron cuatro formatos de entrevistas semiestructuradas enfocadas a los actores, con una guía de seis preguntas abiertas en torno a los objetivos de la investigación. Las entrevistas fueron grabadas mediante audio y posteriormente transcritas para la clasificación temática en la plataforma ATLAS.Ti25, estableciendo códigos únicos, categorías y subcategorías, de acuerdo con el análisis temático.

### **Manejo de los datos**

La recolección de datos ocurrió en el segundo semestre de 2024 y primer semestre de 2025, en diversas instituciones de carácter público y privado del sector salud en la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia. En todos los casos se realizó codificación no intencionada con asistencia de la plataforma ATLAS.Ti25. Durante las entrevistas conducidas por el autor se tomaron notas de campo y se analizó la percepción (lenguaje no verbal) frente a las preguntas realizadas.

### **Análisis de la información**

Se generaron análisis de frecuencia, coocurrencia y de código-documento permitiendo un análisis inductivo y de contenido para la generación de un reporte narrativo que permitió dar respuesta a los objetivos planteados en consonancia a los criterios de calidad para un estudio cualitativo<sup>19,20</sup>. Para asegurar el rigor del estudio, se consideraron los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad propuestos por Lincoln y Guba<sup>21</sup>. Se realizó triangulación de fuentes y métodos, manteniendo un registro detallado del proceso investigativo que permitió transparencia en el análisis de la información.

### **Resultados**

Participaron 39 actores distribuidos en 20 sujetos correspondientes al grupo de personal asistencial, seis al personal administrativo de las instituciones, tres representantes de aseguramiento y 10 pacientes sometidos a procedimientos en horario no convencional. A continuación se exponen los resultados de cada uno de los grupos en cuestión.

#### **Personal asistencial**

Se obtuvieron 160 códigos del análisis no intencionado de los documentos, que fueron depurados generando 37 códigos finales susceptibles de análisis de frecuencia de palabras (Figura 1) y análisis de coocurrencia representados en diagramas de Sankey que permiten la interpretación de la información (Figura 2).

Se establecieron dominios correspondientes a categorías (incentivos, negociación, optimización de recursos económicos, condiciones laborales, bienestar laboral y desempeño) (Tabla 1) y subcategorías (responsabilidad, compromiso académico, dinámica familiar, desafíos económicos y condiciones laborales), las cuales permitieron, en conjunto con notas de campo y percepción del lenguaje no verbal expresado durante la entrevista, describir las luces y sombras de este grupo analizado, así:



**Tabla 1.** Descripción de categorías en grupo personal de salud. Fuente: Generada por los autores.

Categoría	Descripción	Cita entrevistado
<b>Incentivo</b>	La remuneración económica es el principal tema planteado por los entrevistados, un incremento o compensaciones en tiempo o desarrollo académico favorecen la participación en los programas estudiados.	<i>"Implica un sacrificio en el tiempo personal y pensaría que la forma en la que esto podría evitarse es la implementación de incentivos por parte de la institución para favorecer la participación en el horario extendido."</i>
<b>Negociación</b>	Se establecen mecanismos de negociación internos, entre ellos la compensación económica o beneficios personales que eviten el agotamiento laboral y favorezcan la participación	<i>"Pues hay que negociar con el tiempo personal, estos horarios deben ser ocasionales para no alterar la dinámica familiar y considero que la participación en estos programas debería ser mejor remunerada que programas diurnos"</i>
<b>Optimización de recursos económicos</b>	Mencionado como parte de la eficiencia de los procedimientos, disminuir probabilidad de complicaciones, así como contar con insumos necesarios para una práctica segura.	<i>"Contar con los insumos necesarios y el personal que se requiere para que se generen intervenciones seguras..."</i>
<b>Condiciones laborales</b>	Es una duda expuesta de forma repetitiva, no está establecido de forma reglamentaria la participación en los programas, por lo que las condiciones varían de acuerdo con las instituciones.	<i>"La institución debe velar por el bienestar de los trabajadores, hay que instaurar políticas que permitan una realización adecuada del programa procurando siempre la seguridad de los pacientes"</i>
<b>Bienestar laboral</b>	Elementos de cuidado personal, así como espacios de descanso y ocio en el lugar de trabajo, mejoran el desempeño del personal, de acuerdo con lo mencionado por los participantes.	<i>"Aumento en la remuneración económica, así como elementos de bienestar en el lugar de trabajo, como acceso a alimentación y áreas de descanso adecuadas para todo el personal involucrado"</i>
<b>Desempeño</b>	Presenta un desafío para los participantes, al no tener un programa instaurado de forma rutinaria pueden presentarse horarios laborales extensos que disminuyan el estado de alerta del personal e influyan en los resultados clínicos.	<i>"Personales más que todo en las noches, siento que no es el mismo desempeño del acto quirúrgico en la noche a diferencia del día. Sábados y domingos puede no ser un desafío personal, pero para la institución para manejar el personal es más desafiante por los horarios ya previamente instaurados."</i>

**Luces:**

- El bienestar laboral constituye el eje principal, elemento que fue desarrollado en mayor medida tomando en cuenta como asociaciones principales las condiciones laborales de los trabajadores, optimización de los recursos empleados y las estrategias de negociación internas en las instituciones para asegurar la participación.
- Los incentivos económicos proveen una motivación positiva para la participación, asociándose directamente con el bienestar laboral.
- La participación de los programas se ve condicionada al desempeño de los integrantes, así como a la optimización de recursos

y la implementación de incentivos económicos.

**Sombras:**

- La dinámica familiar fue asociada al bienestar laboral, sin embargo, con el análisis del lenguaje no verbal y las notas de campo se pudo observar que esta se ve afectada de forma indirecta, lo que puede disminuir las opciones de participación.
- El agotamiento por la participación en las jornadas fue mencionado en diversas oportunidades, y fue asociado a errores en la práctica durante su ejercicio.
- La escasez de recursos condiciona la implementación de los programas.

### Personal administrativo de las instituciones de salud

Fueron obtenidos 49 códigos del análisis no intencionado de los documentos, los cuales se agruparon en categorías estableciendo asociaciones, y se generaron 26 códigos finales susceptibles de análisis de frecuencia de palabras (Figura 3) y análisis de coocurrencia (Figura 4).

Se establecieron categorías en el análisis de la información (gestión de recursos en salud, condiciones laborales, eficiencia en intervenciones, incentivos y falta de recursos) descritos en la tabla 2, que se asociaron a su vez a subcategorías para dar significado y comprensión a la información (negociación, agotamiento, error humano, participación, mecanismos compensatorios), lo que permitió evidenciar las siguientes consideraciones:



Figura 3. Análisis de frecuencia de palabras en el grupo del personal administrativo de las instituciones de salud. Fuente: Generada por los autores.

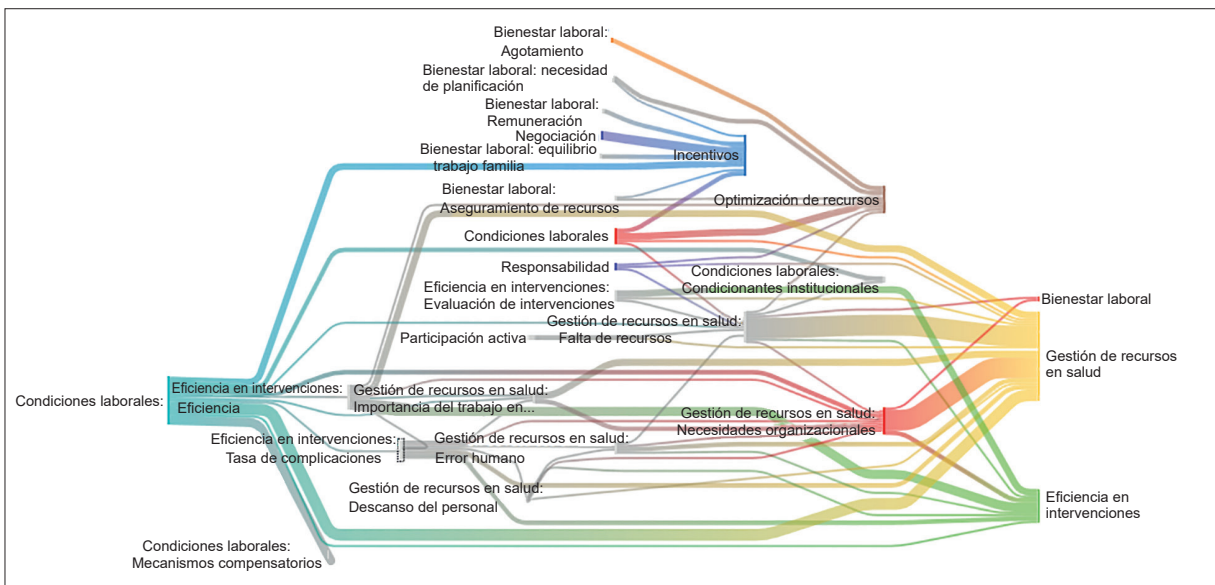


Figura 4. Diagrama Sankey del grupo de personal administrativo de instituciones de salud. Fuente: Generada por los autores en ATLAS.Ti25.

**Tabla 2.** Descripción de categorías en grupo de personal administrativo de las instituciones.

Categoría	Descripción	Cita entrevistado
<b>Gestión de recursos en salud</b>	Hay duda sobre la disposición de recursos económicos, humanos y asistenciales en salud que aseguren la práctica de las intervenciones.	<i>“El principal desafío es la disponibilidad del personal para la realización de los programas, durante la noche es difícil asegurar la disponibilidad de ayudas diagnósticas adicionales, desde equipos hasta profesionales atentos al llamado”</i>
<b>Condiciones laborales</b>	Es un punto frecuentemente mencionado, hay búsqueda activa por parte de la institución para asegurar bienestar laboral durante la práctica.	<i>“Hay que asegurar espacios de descanso, que permitan disminuir el estrés asociado a los procedimientos, así como, asegurar la participación mediante incentivos de diversos tipos”</i>
<b>Eficiencia en intervenciones</b>	Procedimientos con baja probabilidad de complicaciones, que no afecten el flujo de pacientes de la institución y que permitan resultados satisfactorios en el paciente y se traduzcan en disminución de listas de espera.	<i>“Procedimientos rápidos, con bajo consumo de insumos y con plan ambulatorio, para que de esta forma no se afecte el giro cama de la institución; también se deben elegir pacientes de forma adecuada, baja carga mórbida que disminuya probabilidades de complicaciones”</i>
<b>Incentivos</b>	Elemento que depende de la negociación con el asegurador en salud y con el trabajador, provee un refuerzo positivo para aumentar el interés en la participación de los programas.	<i>“Uno de los puntos más importantes cuando se habla de horas extras son los incentivos económicos que se le reconocen al trabajador; en la medida que estos sean adecuados aseguramos su participación continua”</i>

Fuente: Generada por los autores.

#### Luces:

- La gestión de los recursos en salud es el pilar del grupo, los cuales orientados al trabajo en equipo y el aseguramiento de los recursos buscan la eficiencia de los programas.
- Se evidencia necesidad de planificación frente a la implementación de los programas que implica el aseguramiento de los recursos, así como la negociación de la modalidad de contratación; al análisis de notas de campo se percibió rechazo frente a las políticas económicas actuales.

#### Sombras:

- El error humano es una de las principales preocupaciones frente a la implementación de los programas.
- El descanso del personal involucrado es mencionado, sin embargo, su importancia no fue significativa para los entrevistados.

- No hay mención frente a la implementación de remuneración adicional al pago de base pactado
- La falta de recursos condiciona la no implementación rutinaria de los programas.

#### *Pacientes sometidos a intervención en horario extendido*

Se obtuvieron 43 códigos del análisis no intencionado de los documentos, los cuales se agruparon en categorías estableciendo asociaciones, que generaron 28 códigos finales susceptibles de análisis de frecuencia de palabras (Figura 5) y análisis de coocurrencia (Figura 6).

Se establecieron múltiples categorías basadas en el análisis de la información (evaluación, experiencia en salud, acceso a recursos, necesidades y confort) (Tabla 3), así como subcategorías (evaluación de procesos y experiencia, observación personal, disponibilidad de tiempo, necesidades



**Tabla 3.** Descripción de las categorías en el grupo de pacientes.

Categoría	Descripción	Cita entrevistado
<b>Evaluación</b>	Se asocia a la percepción de los procesos efectuados en la atención médica, hay elementos de juicio personales que determinan un concepto positivo o negativo	<i>“Creo que lo que pude ver fue un programa organizado, tal vez en ocasiones más personal para agilizar los tiempos de ingreso, pero nada más”</i>
<b>Experiencia en salud</b>	Corresponde a la percepción de éxito en el procedimiento, durante su evaluación se detectaron sugerencias de mejora que permiten entender la dinámica actual de un servicio de horario extendido.	<i>“Creo que la asignación de la cirugía fue más rápida, pero en las desventajas fue más difícil trasladarse al hospital y también creo que no había suficiente personal para atender a todos los pacientes.”</i>
<b>Acceso a recursos</b>	Hubo una manifestación en común frente a la falta de personal, principalmente en el área administrativa, que aparentemente disminuyó la eficiencia del programa, asimismo, la disponibilidad de insumos puede limitar la realización de diversos procedimientos.	<i>“Mayor organización al ingreso, la admisión fue demorada. Por lo demás, sin recomendaciones adicionales”</i>
<b>Necesidades y confort</b>	Los pacientes dan gran importancia a la ocupación de la institución durante el procedimiento; agendamientos en programa extendido disminuye la exposición a pacientes, lo que resulta en confort. La disminución de tiempo de incapacidad por agendamientos en días no hábiles aumenta el deseo de participación.	<i>“Como ventaja pude ver menos pacientes en la clínica, lo que hizo que me sintiera más cómoda y a gusto. En cuanto a desventaja, el proceso de ingreso a la clínica fue un poco demorado”</i>

Fuente: Generada por los autores.

organizacionales, consideraciones económicas, entre otras), lo que permitió analizar en conjunto con las notas de campo y la evaluación de frecuencia, para determinar las siguientes:

#### Luces:

- Los pacientes basan su respuesta en la experiencia vivida en la intervención realizada, en la cual prestan especial atención al personal de salud involucrado en la intervención, haciendo énfasis en la disposición de este para su atención médica.
- El principal condicionante para la participación fue el impacto en la vida diaria, basado principalmente en consideraciones económicas (días de trabajo perdidos), haciendo énfasis en que la intervención realizada en fin de semana disminuye tiempo fuera de trabajo y por ende, tiene menor repercusión económica.
- Hay una evaluación de los procesos efectuados en la atención que puede conllevar a mejora continua de los programas.

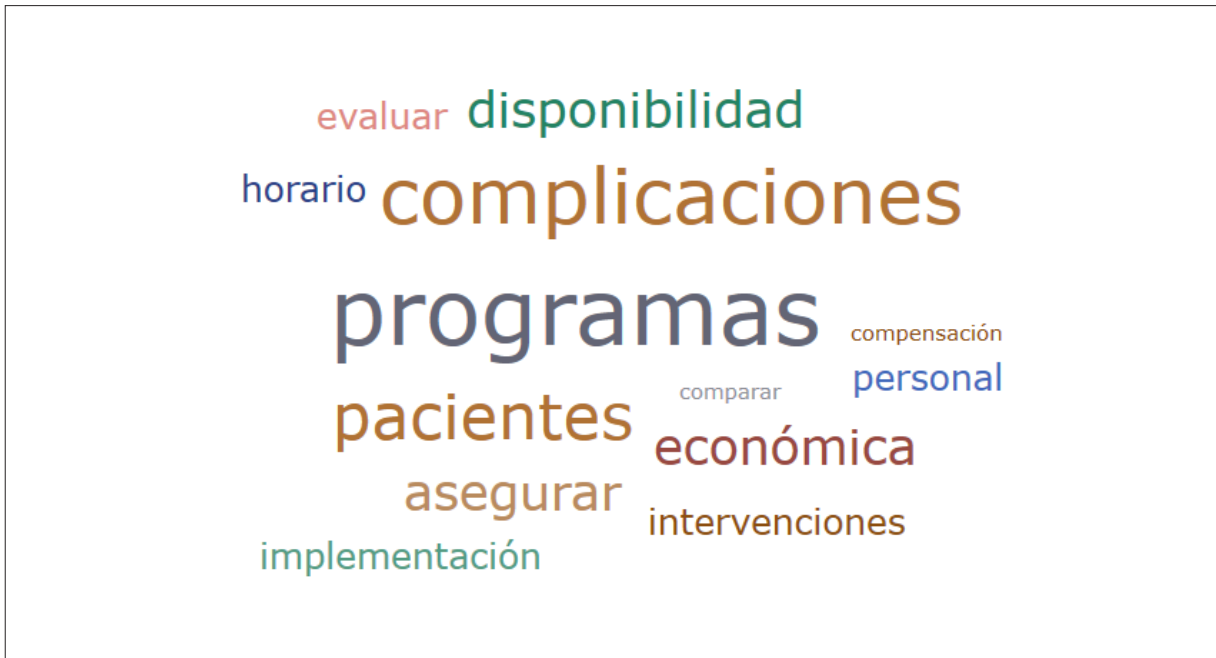
#### Sombras:

- Se menciona con frecuencia la falta de personal durante el horario nocturno, lo que genera retrasos en la atención, principalmente en la admisión administrativa.
- Recalcan la necesidad de organización durante las intervenciones, que en ocasiones generó demora en el egreso hospitalario.
- No hay información relacionada a la disminución de tiempo de espera en las intervenciones quirúrgicas.

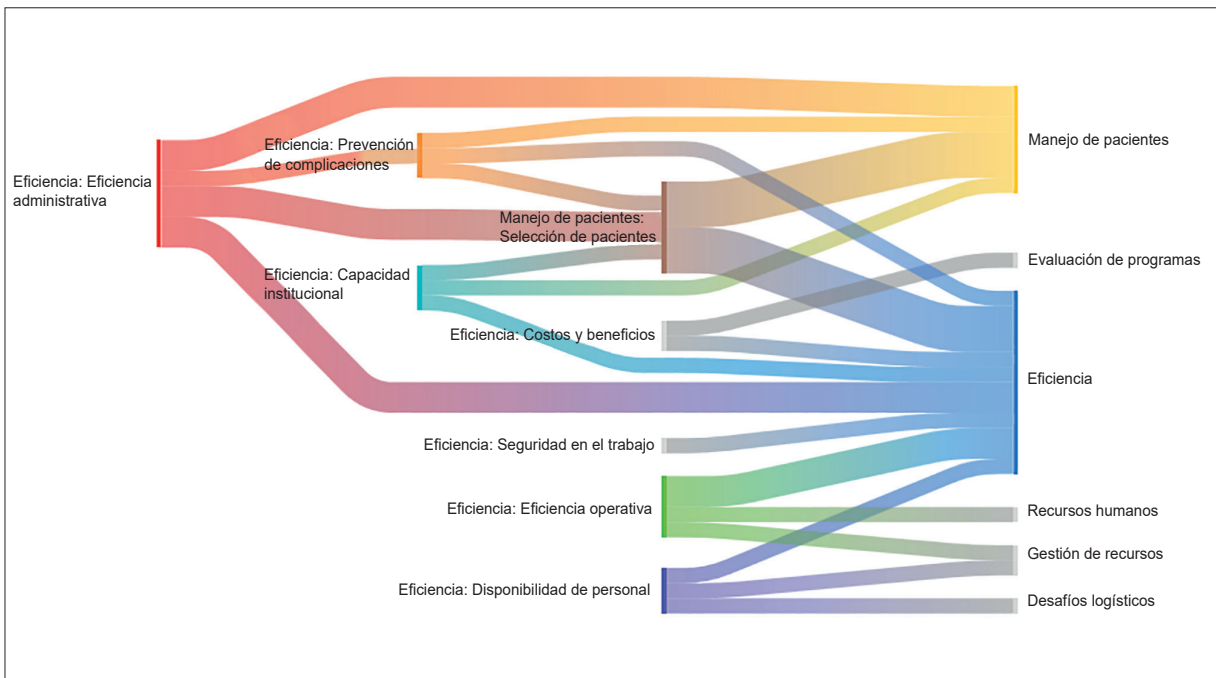
#### Representantes del aseguramiento

En este grupo se obtuvo 23 códigos derivados del análisis no intencionado y basado en la evaluación de la pertinencia se generaron 20 códigos susceptibles de análisis de frecuencia (Figura 7) y coocurrencia (Figura 8).

Teniendo en cuenta el análisis deductivo de la información se establecieron categorías (manejo de pacientes, eficiencia, gestión de recursos) (Tabla 4), de las cuales se establecieron



**Figura 7.** Análisis de frecuencia de palabras en el grupo de representantes del aseguramiento.  
Fuente: Generada por los autores.



**Figura 8.** Diagrama Sankey del grupo de representantes del aseguramiento.  
Fuente: Generada por los autores en ATLAS.TI25.

**Tabla 4.** Descripción de las categorías en el grupo de representantes del aseguramiento.

Categoría	Descripción	Cita entrevistado
<b>Manejo de pacientes</b>	Establece uno de los pilares en la participación del programa en búsqueda de disminuir complicaciones y estancia no planeada que aumente los costos.	<i>"Procedimientos rápidos, con bajo consumo de insumos y con plan ambulatorio, para que de esta forma no se afecte el giro cama de la institución. También se deben elegir pacientes de forma adecuada, con baja carga mórbida que disminuya la probabilidad de complicaciones"</i>
<b>Eficiencia</b>	Cantidad de procedimientos realizados que disminuyan el tiempo de espera y generen repercusión positiva en el ámbito económico del asegurador.	<i>"Las tarifas por procedimiento son iguales a las pactadas con las instituciones, esto en materia económica no cambiaría el resultado, sin embargo, para que el programa sea efectivo se debe procurar por disminuir los gastos adicionales no esperados de cualquier intervención."</i>
<b>Gestión de recursos</b>	La disponibilidad de los recursos necesarios es un tema repetitivo, asegurar la disponibilidad es un aspecto no negociable en la implementación de los programas extendidos.	<i>"El principal desafío es la disponibilidad del personal para la realización de los programas, durante la noche es difícil asegurar la disponibilidad de ayudas diagnósticas adicionales, desde equipos hasta profesionales atentos al llamado"</i>

Fuente: Generada por los autores.

subcategorías (selección de pacientes, eficiencia administrativa, capacidad institucional, eficiencia operativa, disponibilidad de personal, seguridad en el trabajo, desafíos logísticos, evaluación de programas y prevención de complicaciones), que permitieron evidenciar diferentes elementos:

#### Luces:

- Para el grupo de representantes del aseguramiento la eficiencia de los programas tiene un papel fundamental, teniendo como pilares los costos asociados, la capacidad institucional, la eficiencia operativa y la disponibilidad de personal necesario para el funcionamiento.
- El manejo de los pacientes es de gran importancia, haciendo énfasis en la adecuada selección del paciente para disminuir la probabilidad de complicaciones.
- Se plantea la necesidad de comparación de los programas mediante la evaluación objetiva de los resultados y el análisis de costo-beneficio.

#### Sombras:

- La gestión de los recursos es limitada y su realización depende del alineamiento con las instituciones prestadoras.

- Las percepciones de los entrevistados son similares, sin embargo, durante la entrevista se notó incomodidad frente a las preguntas, lo que puede implicar respuestas alejadas de la realidad.

## Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio permiten una reflexión crítica sobre las percepciones de cada uno de los actores involucrados en los programas de cirugía de horario extendido y cómo su implementación puede ser rutinaria. En la actualidad hay estudios que describen resultados contradictorios basados en el agotamiento del personal y las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos realizados en estos horarios<sup>15,22,23</sup>; pero no hay evidencia conclusiva que contraindique estos programas. Es la tradición aceptada por la comunidad quirúrgica lo que en ocasiones puede condicionar una negativa para la implementación de los mismos.

Los estudios sobre seguridad y complicaciones en la realización de procedimientos quirúrgicos nocturnos tienen resultados ambiguos<sup>24,25</sup> y no existe un consenso que proscriba categóricamente esta práctica, es por esta razón que es de gran importancia la evaluación de la percepción de los

actores, para buscar un alineamiento de los intereses, y de esta forma buscar evidencia contundente que permita dar respuesta a este interrogante.

El análisis intragrupo permitió evidenciar elementos fundamentales en la percepción de cada uno de los actores, siendo el bienestar laboral y la efectividad de los procedimientos los pilares de discusión en torno a su implementación. Se identificaron sensaciones ambiguas sobre la posibilidad de la negociación interna que permita mejorar las condiciones laborales de los trabajadores y cómo esto podría jugar un papel primordial en los desenlaces clínicos de los pacientes.

Por otra parte, desde el punto de vista administrativo (administradores de las instituciones de salud y representantes del aseguramiento), la capacidad institucional parece ser no menos importante, ya que asegurar los insumos necesarios, así como, el personal requerido en caso de algún tipo de complicación, puede ser complejo de acuerdo a la institución, lo que plantea estrategias de negociación internas que al analizar las sensaciones y respuestas en el grupo asistencial y grupos administrativos pudieran ser resueltas, teniendo en cuenta factores como estímulos económicos, laborales o académicos, que puedan asegurar la participación de todas las partes.

Los pacientes por su parte mostraron resultados satisfactorios relacionados con la participación de estos programas, aunque hay elementos por mejorar, siendo la atención inicial y los trámites administrativos su principal objeción. Es importante destacar el interés de los pacientes por la participación en las jornadas propuestas ya que según indican, el procedimiento realizado en día feriado puede disminuir la cantidad de días laborales efectivos perdidos y por ende disminuir el impacto económico que acarrea una incapacidad por el procedimiento realizado.

Se hace evidente la selección del paciente como un elemento de gran importancia, asociado a las posibles complicaciones derivadas del procedimiento, así como la experiencia de los actores involucrados, lo cual puede ser debatido de acuerdo a estudios actuales<sup>26</sup>; sin embargo, la capacidad de resolución ante los eventos

inesperados puede ser un factor que soporte la respuesta de los sujetos entrevistados.

Hay elementos negativos de igual importancia, factores que preocupan a los actores involucrados, como la eficiencia del personal en horarios nocturnos. Existe un concepto frente a la demora de la atención, así como el flujo de quirófano, por la aparente falta de personal, elemento que podría ser contraproducente en la eficiencia operativa de los quirófanos y, por ende, en contra de la implementación de los programas propuestos. Cobra importante valor la negociación sobre los condicionantes laborales, en donde se incluyen incentivos económicos y laborales, puntos decisivos que pueden determinar la participación, un aspecto en el que al momento de la realización de este estudio no hay un consenso unificado al respecto.

## Conclusiones

La cirugía en horario extendido puede ser considerada segura, sin embargo, hay factores que se oponen a su implementación rutinaria. Los actores involucrados son claros y consecuentes al respecto de algunos puntos comunes, sin embargo, se deben alinear los factores que promuevan la participación en los programas (remuneración económica o en tiempo), así como, establecer criterios de selección de los pacientes candidatos para disminuir la posibilidad de complicaciones, y de esta forma no afectar de forma directa la capacidad instalada de las instituciones.

Ningún actor es primordial, la articulación de estos constituye la clave del éxito para la implementación de los programas, que de acuerdo con lo percibido por los entrevistados, podría disminuir el tiempo de espera para las intervenciones quirúrgicas, incrementando la atención quirúrgica en el país y procurando un acceso universal a la salud.

Este estudio establece un punto de partida para líneas de investigación futuras, en donde estudios de costo-beneficio frente a los programas de horario extendido, así como la comparación de desenlaces de morbilidad en franjas convencionales versus no convencionales tienen cabida, para establecer pautas categóricas que permitan

la toma de decisiones informada y, de esta forma, contribuir al ejercicio quirúrgico y a la práctica organizacional de los servicios quirúrgicos.

### Cumplimiento de normas éticas

**Consentimiento informado:** Este estudio fue considerado de bajo riesgo, de acuerdo con la legislación colombiana. El trabajo de investigación fue aprobado por la subcomisión de proyección social de la Universidad La Sabana, previo al inicio de la recolección de la información, con protocolo N° MEDESP-74-2025. Todos los participantes fueron informados sobre la naturaleza del estudio; se diligenció y firmó el consentimiento informado, donde se aseguró la confidencialidad de la información en consonancia con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se mantuvo el anonimato de las instituciones de acuerdo con lo pactado con los entrevistados.

**Conflictos de interés:** Los autores declararon no tener conflictos de interés.

**Uso de Inteligencia Artificial:** Se hizo uso de la plataforma de análisis cualitativo ATLAS.Ti25, con asistencia de inteligencia artificial en codificación no intencionada de los datos.

**Fuentes de financiación:** El presente documento corresponde a la actividad académica como miembro del programa de Cirugía general de la Universidad La Sabana, protocolo MEDESP-74-2025.

### Referencias

- Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386:569-624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)
- Rose J, Weiser TG, Hider P, Wilson L, Gruen R, Bickler SW. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: Implications for public health planning of surgical services. *Lancet Glob Health*. 2015;3(Suppl 2):S13-S20. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70087-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70087-2)
- Glowka L, Tanella A, Hyman JB. Quality indicators and outcomes in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2023;36:624-9. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001304>
- Escalante-Arbeláez D, Bernal-Gutiérrez M, Buitrago-Gutiérrez G. Mortalidad perioperatoria y volumen quirúrgico de colecistectomías en el régimen contributivo en Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2021;36:83-90. <https://doi.org/10.30944/20117582.705>
- Herraiz JL, Lluca JA, Colecha M, Catalá C, Oliva C, Serra A, et al. Histerectomía total laparoscópica: Estudio descriptivo de la experiencia en el Hospital Universitario General de Castellón. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2015;58:441-5. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2015.05.005>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Programa nacional de atención integral en salud visual. 2016-2022. Bogotá, Colombia, 2016. Fecha de consulta: 15 de junio 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-nal-salud-visual-2016.pdf>
- Martínez-Gutiérrez JS, Vega-Peña NV, Domínguez-Torres LC. Cirugía en horario extendido: una visión de los actores involucrados. *Rev Colomb Cir*. 2023;38:413-21. <https://doi.org/10.30944/20117582.2336>
- Trucco M. Estrés y trastornos mentales: Aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2002;40:8-19. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>
- Gerdes J, Kahol K, Smith M, Leyba MJ, Ferrara JJ. Jack Barney award: The effect of fatigue on cognitive and psychomotor skills of trauma residents and attending surgeons. *Am J Surg*. 2008;196:813-20. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2008.07.030>
- Cortegiani A, Gregoretti C, Neto AS, Hemmes SNT, Ball L, Canet J, et al. Association between night-time surgery and occurrence of intraoperative adverse events and postoperative pulmonary complications. *Br J Anaesth*. 2019;122:361-9. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.10.063>
- Wu JX, Nguyen AT, De Virgilio C, Plurad DS, Kaji AH, Nguyen V, et al. Can it wait until morning? A comparison of nighttime versus daytime cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg*. 2014;208:911-8. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.004>
- Siada SS, Schaetzel SS, Chen AK, Hoang HD, Wilder FG, Dirks RC, et al. Day versus night laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A comparison of outcomes and cost. *Am J Surg*. 2017;214:1024-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.08.027>
- Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*. 1997;388:235. <https://doi.org/10.1038/40775>
- Axelsson J, Kecklund G, Åkerstedt T, Lowden A. Effects of alternating 8- and 12-hour shifts on sleep, sleepiness, physical effort and performance. *Scand J Work Environ Health*. 1998;24(Suppl. 3):62-8.
- Matre D, Skogstad M, Sterud T, Nordby KC, Knardahl S, Christensen JO, et al. Safety incidents associated with extended working hours. A systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47:415-24. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3958>

16. Varpio L, Hall P, Lingard L, Schryer CF. Interprofessional communication and medical error: A reframing of research questions and approaches. *Acad Med.* 2008;83(10 Suppl):S76-81. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318183e67b>
17. Porter ME. Redefining health care: Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business Press; 2006. Fecha de consulta: 15 de junio 2025. Disponible en: [https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point\\_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf](https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf)
18. Fuster-Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y representaciones. 2019;7:201-29. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
19. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qual Inq.* 2010;16:837-51. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
20. Arias-Valencia MM, Giraldo-Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm.* 2011;29:500-14.
21. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. En: Stufflebeam DM, Coryn CLS, editors. *Evaluation theory, models, and applications.* San Francisco: Jossey-Bass; 2005. p. 363-81.
22. Garde AH. The importance of extended working hours for work-related injuries. *Scand J Work Environ Health.* 2021;47:411-4. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3981>
23. Glance LG, Osler T, Li Y, Lustik SJ, Eaton MP, Dutton RP, et al. Outcomes are worse in US patients undergoing surgery on weekends compared with weekdays. *Med Care.* 2016;54:608-15. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000532>
24. Turrentine FE, Wang H, Young JS, Calland JF. What is the safety of nonemergent operative procedures performed at night? A study of 10,426 operations at an academic tertiary care hospital using the American College of Surgeons National Surgical Quality Program improvement database. *J Trauma.* 2010;69:313-8. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181e49291>
25. Chama-Naranjo A, Cruz-Zárate A, Ruiz-Funes AP, Barbosa-Villareal F, Farell-Rivas J, Cuevas-Osorio VJ. ¿Día o noche? El momento ideal para realizar la colecistectomía. *Rev Colomb Cir.* 2022;37:597-603. <https://doi.org/10.30944/20117582.2139>
26. Kelz RR, Sellers MM, Niknam BA, Sharpe JE, Rosenbaum PR, Hill AS, et al. A National comparison of operative outcomes of new and experienced surgeons. *Ann Surg.* 2021;273:280-8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003388>