

Grupo de Trabajo

DISEÑO DEL MODELO DE LABORATORIOS CLÍNICOS EN RED

v 2.1

Objetivos

Con el fin de afrontar los retos que la situación actual plantea, la SANAC, como sociedad científica, ve necesaria una propuesta de ordenación de los laboratorios clínicos andaluces para asegurar la calidad asistencial y la sostenibilidad, con las siguientes premisas:

1. Proporcionar valor añadido. Los laboratorios clínicos no pueden limitarse a emitir resultados, sino que deben generar conocimiento y potenciar el papel de consultores de los profesionales, participando activamente en el diagnóstico.
2. El diseño y funcionamiento de la red de laboratorios asegurará la mejora de las demoras de consultas, tanto externas como de Atención Primaria, y colaborará en la mejora de las cifras de estancia media hospitalaria.
3. Mejora tangible de la calidad asistencial percibida tanto por los pacientes como por los clínicos.
4. Aumentar el control de los procesos por parte de los profesionales del laboratorio.
5. Potenciar el futuro profesional de los facultativos del Laboratorio y de los residentes, como elemento imprescindible del proceso asistencial.
6. Implicación del personal técnico en el proceso.
7. Optimización de las carteras de servicio garantizando equidad y accesibilidad para el ciudadano, además de la eficiencia de la asistencia sanitaria.
8. Racionalización de la demanda mediante implantación de reglas estandarizadas de gestión de la misma, en base a criterios de eficacia, eficiencia y evidencia científica.
9. Adoptar las medidas organizativas necesarias para minimizar la dependencia de laboratorios externos privados, fomentando la colaboración entre todos los laboratorios y aprovechando los recursos humanos de todos los hospitales.
10. Interconexión de los sistemas informáticos de los hospitales de la provincia, a través de las aplicaciones corporativas MPA y PILA. Potenciar su uso y colaborar en su continuo desarrollo y mejora.
11. Disponer del mejor equipamiento del mercado actual, en las mejores condiciones económicas, siguiendo criterios técnicos.

Revisión bibliográfica

Destacamos los siguientes aspectos:

- a- Existe consenso en que para afrontar el futuro es necesario que los laboratorios se organicen formando redes para mejorar la eficiencia y reducir los costes (Wood¹, Trenti², Terret³, Friedman⁴, Kirk⁵). Sin embargo, el tamaño del área geográfica atendida por cada red descrita en la bibliografía, es siempre menor al de cualquier provincia andaluza (ver tabla) (Seaberg⁶, Osakidetza⁷).
- b- Existe una tendencia hacia la disminución del coste a medida que aumenta el volumen de pruebas, sin embargo, la economía de escala tiene un límite y alcanza una meseta a partir de 1.800.000 pruebas/año, cifra a partir de la cual el coste no disminuye independientemente del aumento en el volumen de pruebas (Barletta⁸).

- c- La automatización en los laboratorios no basta, por sí sola, para mejorar la calidad asistencial, debe acompañarse de profesionales muy cualificados (Zaninotto⁹). Para afrontar el futuro, los especialistas del laboratorio deben dirigir sus esfuerzos a implicarse en la innovación del valor clínico, proporcionando un servicio de conocimiento añadido en relación a la prueba diagnóstica (Bossuyt¹⁰), desterrando el concepto de “industrial” que a veces se ha asociado al laboratorio.
- d- La concentración de pruebas que ya tienen los efectos de economía de escala asimilados, lleva a un aumento de costes estructurales y a un incremento de costes asociados al transporte de muestras, repeticiones y falta de comunicación entre el clínico y el laboratorio. El resultado de este proceso sería un incremento del coste con una calidad inferior a la actual.

La unificación de laboratorios públicos no se ha demostrado económicamente eficiente. Es frecuente encontrar estudios que prevén un ahorro importante, en un plano teórico, con una ausencia total de evaluación posterior de resultados. Además, estos estudios no contemplan aspectos de racionalización del uso del Laboratorio Clínico basado en el conocimiento.

En cambio, la agrupación de pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad, que requieren tecnología y/o conocimiento experto, debe generar nodos de actividad especializada. En estos casos, la reducción de costes y el tiempo de respuesta sí justificarían la concentración de pruebas (MLC¹¹).

Conclusiones

- 1- El Laboratorio Clínico es un servicio asistencial más del hospital y su actividad debe estar alineada con la del resto de servicios. Al igual que el resto, debe dar respuesta a las necesidades de la población, definidas por el nivel asistencial y la cultura del Hospital en el que se ubique. Se deberán tener en cuenta criterios de eficiencia, así como consideraciones geográficas.
- 2- Consideramos que para garantizar la calidad del proceso, debe evitarse un tiempo excesivamente prolongado desde el momento de la toma de muestras hasta el procesamiento de la misma, dadas las grandes distancias a recorrer en muchos casos. El transporte masivo de muestras requiere unas condiciones específicas, que con los medios actuales no es asumible.
- 3- Reducción de costes

La reducción de costes debe derivarse fundamentalmente de dos actuaciones:

 - a- Reducción del precio de los reactivos, mediante concursos públicos en los que se establezca un precio máximo por determinación. Posteriormente, como ocurre en otras Comunidades Autónomas, los responsables de los laboratorios elegirían el equipamiento que mejor se adaptara a las necesidades específicas de cada centro.

Este procedimiento tiene, entre otras, las siguientes ventajas:

 - Sin menoscabo del objetivo de la sostenibilidad del sistema, cada laboratorio podría contar con el equipamiento que sus profesionales consideraran más adecuado para su labor asistencial.
 - Fomenta la competencia, la investigación y desarrollo y la innovación por parte de las casas comerciales.

- Evita la creación de monopolios y la dependencia de las casas comerciales, que podrían poner en peligro la asistencia, al concentrar todo el riesgo en un número muy reducido de proveedores. Por ejemplo, una rotura de *stock* supondría *de facto* la paralización de la actividad de todos los laboratorios de la provincia.
- b- Implantación generalizada de reglas estandarizadas para la gestión de la demanda, más eficientes cuanto mayor es la cercanía al médico peticionario.

Una vez cumplidas estas premisas, centralizar las pruebas de Atención Primaria no supondría ningún ahorro adicional (Barletta⁸), sino al contrario, ya que habría que crear un sistema de transporte masivo de calidad, con el coste añadido que supondría, como se ha expuesto anteriormente.

- 4- Apostamos por un modelo matricial colaborativo a nivel provincial, basado en una relación entre pares, en la que todos los miembros mantienen su identidad. Proponemos la creación de un Consejo Provincial de Laboratorios Clínicos, formado por los directores de cada uno de ellos, donde se debatan, analicen y propongan todas las medidas necesarias para alcanzar los objetivos propuestos, estableciendo mecanismos para evaluar la consecución de los mismos. Se favorecerá la coordinación interprovincial.

Todas estas propuestas tienen la finalidad de evitar asimetrías y posibilitar un sistema sanitario sostenible y centrado en el ciudadano.

Grupo de trabajo

Coordinador

- Miguel Angel Iñigo García (AGS Campo de Gibraltar, H. La Línea)

Miembros del grupo

- Gema Álvarez Corral (HAR Guadix)
- Ángela González García (AGS Norte de Cádiz, H. de Jerez)
- Ana López Ceres (MIR, AGS Campo de Gibraltar, H. La Línea)
- Rafael Jiménez Torres (AGS Norte de Almería, Huércal-Overa)
- Francisco J. Mérida de la Torre (H. Serranía, Ronda)
- Ana Sáez-Benito Godino (H. Puerta del Mar, Cádiz)

Bibliografía

- 1- Wood J. Current and future laboratory requirements in a consolidating market. IFCC EuroMedLab Milano 2013.
- 2- Trenti T. Enhancing Efficiency in a Hub and Spoke environment. IFCC EuroMedLab Milano 2013.
- 3- Terrett N. Countries Turn to Integrated Clinical Laboratory Networks to Aid their Ills... (10 Benefits and 6 Pitfalls of Implementation).
- 4- Friedman BA. The Total Laboratory Solution. A New Laboratory E-Business Model Based on a Vertical Laboratory Meta-Network. Clin Chem 2001; 47: 1526-35.

- 5- Kirk CJ, Shult PA. Developing Laboratory Networks: A Practical Guide and Application. *Public Health Rep* 2010; 125 (Supp 2): 102-9.
- 6- Seaberg R, Stallone RO, Statland BE. The Role of Total Laboratory Automation in a Consolidated Laboratory Network. *Clin Chem* 2000; 46: 751-6.
- 7- Plan Director de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza. Novbre 2012.
- 8- Barletta G, Zaninotto M, Faggian D. Shop for quality or quantity ? Volumes and costs in clinical laboratories. *Clin Chem Lab Med* 2013; 51(2): 295-301.
- 9- Zaninotto M, Plebani M. The “hospital central laboratory”: automation, integration and clinical usefulness. *Clin Chem Lab Med* 2010; Vol 48, Issue 7. 911-17.
- 10- Bossuyt X, Verweire K, Blanckaert N. Laboratory Medicine: Challenges and Opportunities. *Clin Chem* 2007; 53: 1730-3.
- 11- Madrid Laboratorio Clínico. Documentación del Proyecto, 2013.

Área geográfica	Superficie y población	Volumen
Long Island North Shore ¹	3.784.000 hab 3.630 Km ²	9 Laboratorios 1.500 tubos
Hampshire ²	1.763.000 hab 3.769 Km ²	3 Laboratorios 16.867.000 pruebas
Provincia de Módena ³	628.000 hab 2.690 Km ²	4 Laboratorios
País vasco	2.193.000 hab 7.234 Km ²	4 Laboratorios
Provincia de Cádiz	1.231.000 hab 7.436 Km ²	5 Laboratorios
Provincia de Málaga	1.653.000 hab 7.300 Km ²	5 Laboratorios SAS + 1 Laboratorio APES
H. Puerta del Mar H.U. Puerto Real AGS Norte de Cádiz AGS Campo Gibraltar	221.000 hab y Referencia 341.000 hab 459.000 hab 265.000 hab	4.290.300 pruebas 6.231.000 pruebas 7.910.540 pruebas 5.480.000 pruebas
HRU de Málaga (Carlos Haya) H. Virgen de la Victoria AGS Serranía de Málaga AGS Norte de Málaga	342.000 hab y Referencia 475.000 hab 120.000 hab (1.255 Km ²) 115.000 hab (2.157 Km ²)	6.675.814 pruebas 6.254.679 pruebas 1.767.651 pruebas 1.468.618 pruebas
HAR Guadix	48.400 hab 1.695 Km ²	892.510 pruebas
AGS Norte de Almería	151.573 hab 3.878 Km ²	1 Laboratorio. 2.460.633 pruebas.

Antequera, a 1 de julio de 2014

Fdo. Miguel A. Iñigo
Coordinador del Grupo