

ORIGINAL

Ampliar la cartera de servicio de laboratorio en Atención Primaria no incrementa el gasto

F.J. Mérida de la Torre* y N. Bel Peña



Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga, Ronda, Málaga, España

Recibido el 2 de abril de 2019; aceptado el 28 de septiembre de 2019

Disponible en Internet el 19 de noviembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Laboratorio;
Gestión sanitaria;
Empoderamiento

Resumen

Introducción: Nuestro sistema sanitario le da a la Atención Primaria una importancia crucial al situarla como primer escalón en la asistencia sanitaria. El médico de familia se convierte en el filtro de la patología que atiende y dirige a los pacientes a los diferentes servicios según las necesidades de los mismos. Por tanto, se otorga un papel muy importante que choca con la limitación en el acceso a las pruebas diagnósticas. Sin embargo, en la realidad nos encontramos con limitaciones de los profesionales de Atención Primaria para el acceso a pruebas complementarias.

Material y método: A raíz de la publicación de un catálogo de pruebas de laboratorio accesibles para atención primaria se evaluó el consumo de estas pruebas sin ningún tipo de limitación salvo las de una adecuación de las pruebas al diagnóstico, al igual que ocurre en el hospital durante 6 meses, midiendo en número de determinaciones y las unidades relativas de valor consumidas. Se comparó con un período previo y con la actividad desarrollada.

Resultados: Tras 6 meses de seguimiento y con una actividad asistencial igual, el consumo de pruebas diagnósticas de laboratorio disminuyó un 24% y las unidades relativas de valor bajaron un 10%.

Conclusiones: El acceso a la cartera de servicios de laboratorio por parte de atención primaria no se traduce en un incremento del gasto, a la vez que manda un mensaje positivo sobre el papel que la atención primaria debe desempeñar en nuestro sistema de salud.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary care;
Laboratory;
Management health;
Empowerment

Expanding the portfolio of laboratory services in primary care does not increase the cost

Abstract

Introduction: Our health care system gives crucial importance to Primary Care, since it is the first step in medical care. The family doctor becomes the filter of the diseases that they attend

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscoj.merida.sspa@juntadeandalucia.es (F.J. Mérida de la Torre).

to and direct the patients to the different services according to their needs. Therefore, a very important role is granted that conflicts with the limitation in access to diagnostic tests. However, in reality it appears that the Primary Care professionals have limitations in order to access complementary tests.

Material and method: After the publication of a list of accessible laboratory tests for Primary Care, the use of these tests was evaluated without any type of limitation, except for the adequacy of the tests to the diagnosis, as happens in the hospital during 6 months, measuring the number of determinations and the relative units of value used. A comparison was made with a previous period and with the activity developed.

Results: After 6 months of follow-up and with equal care activity, the use of laboratory diagnostic tests decreased by 24%, and the relative value units decreased by 10%.

Conclusions: Access to the portfolio of laboratory services for Primary Care does not translate into an increase in spending, while sending a positive message about the role that primary health care should play in our health system.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Nuestro sistema sanitario se estructura en niveles asistenciales orientados a facilitar el acceso de los ciudadanos a dicho sistema de una manera escalonada. Este acceso escalonado se basa, en teoría, en una correspondencia ideal entre el problema del paciente y los medios diagnósticos terapéuticos disponibles en cada nivel asistencial¹. Así, el sistema se concibe como un tránsito del paciente por diferentes profesionales que entran en acción cuando el inmediatamente anterior ve rebasada su capacidad de actuación/decisión². Según este mismo modelo, el médico de familia, conocedor de la historia de salud del paciente, debe estar en condiciones de resolver un porcentaje muy importante de los problemas de salud de este y solo derivar a otros niveles los casos de especial complejidad que precisen una atención más especializada³.

Existe una extensa bibliografía que nos habla sobre la importancia de una Atención Primaria empoderada, prestigiada y ampliamente reconocida cuando se analizan los resultados en salud. El papel del médico de familia cobra mucha más importancia debido a la labor continua y longitudinal de su trabajo. El médico hospitalario, por la concepción de su trabajo, carece de esta longitudinalidad. El papel del médico «de cercanía» representa la herramienta más efectiva y más eficiente a la hora de abordar los problemas salud en su comunidad. Si entendemos la eficiencia como un aspecto dependiente de la sensibilidad y de la especificidad de la prueba, el médico de familia, conocedor de esa longitudinalidad a través de la historia clínica, está en condiciones de valorar las situaciones previas del paciente aumentando la probabilidad pretest^{3,4}.

La complejidad de las patologías y el cambio en el modelo asistencial sitúa al médico de familia en la primera línea de fuego frente al problema de la atención sanitaria⁵. Se pasa, por tanto, de ser reactivo ante la aparición de la enfermedad a un modelo más proactivo basado en modelos de vida

saludable y preventivos, favoreciendo la detección temprana de enfermedades y adopción de soluciones. Por tanto, parece acertado suponer que los profesionales destinados a esta labor cuenten con la mejor formación, los mejores medios y recursos para afrontar esta tarea. La formación ya se consiguió cuando se equiparó el programa de médico especialista en medicina familiar y comunitaria en extensión al resto de especialidades médicas no quirúrgicas en 4 años. Este hecho supuso, además de incrementar su formación, reconocer explícitamente que se trata de una especialidad más. Referente a los medios y herramientas, con independencia de la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo razonable para atender a los pacientes, llaman la atención las trabas que se ponen a los médicos de familia en el acceso a pruebas complementarias⁶.

Tradicionalmente se han considerado que los profesionales de Atención Primaria no pueden acceder a un número importante de pruebas complementarias y que deben derivar a esos pacientes a otro médico, normalmente en el hospital, que deberá estimar la idoneidad de la petición o no. Este planteamiento nos ha llevado a listas de espera, desequilibrios entre oferta y demanda y una profunda insatisfacción y percepción alterada de la sociedad sobre el médico de familia. El auge de la Atención Primaria ha supuesto un incremento en el número de profesionales en ejercicio activo, y la capacidad de los hospitales ha crecido, pero a ese mismo ritmo, y por tanto originando una fuente de desequilibrio. Por otro lado, limitando el acceso del médico de familia a las pruebas complementarias se está mandando un mensaje a la población y al resto de la comunidad médica de que hay dos niveles, restando valor a las acciones de los médicos de familia viéndose obligados a atender las demandas de los pacientes que piden ser derivados al especialista⁷.

En el campo de las pruebas diagnósticas in vitro, llama la atención cómo se ha instaurado una creencia por la que los médicos de familia no pueden solicitar determinadas

pruebas diagnósticas que solo pueden ser solicitadas por médicos hospitalarios^{8,9}. Esto se ha cristalizado en diferentes catálogos que se han reproducido con más o menos diferencia entre las distintas comunidades autónomas y que no solo limitan las pruebas, sino que además las gradúan en diferentes niveles, pasando desde las que se pueden pedir libremente a las que necesitan una justificación clínica. En la comunidad autónoma andaluza se publicó en mayo del año pasado un catálogo en esta línea que se asemeja mucho a los publicados en otras comunidades autónomas¹⁰⁻¹².

El argumento para la elaboración de estos catálogos se basa en un mejor uso de estas y una adecuación a la casuística que maneja Atención Primaria. Los temores que subyacen se basan en que supondría un incremento en el gasto, un mal uso de las pruebas y una repetición de estas cuando el paciente fuese derivado al médico hospitalario.

Una de las funciones de los especialistas del laboratorio es asegurar la correcta adecuación de las pruebas diagnósticas con los diagnósticos plasmados en las peticiones analíticas. No es infrecuente observar solicitudes de pruebas diagnósticas no adecuadas con el diagnóstico, o bien repetidas en un corto espacio de tiempo y solicitadas inadecuadamente atendiendo a las condiciones preanalíticas del paciente. Los programas actuales de adecuación de la demanda promovidos por sociedades científicas del ámbito del laboratorio trabajan en esta línea¹³.

Por tanto, el foco sobre las pruebas diagnósticas *in vitro* se desplaza desde el nivel asistencial a la adecuación según el diagnóstico, la indicación de la prueba. Entendiendo que el valor semiológico de la misma no varía en función del nivel donde el paciente sea atendido sino de la patología que se pretenda diagnosticar o tratar, y una prueba correctamente indicada lo estará en Atención Primaria y en el hospital. Este cambio de planteamiento supone situar la responsabilidad de la prueba en quien la solicita, que debe asegurarse de que es necesaria para responder a sus dudas diagnósticas, y a quien la realiza, que debe comprobar que se adecúa a lo que se pretende buscar y que se hace un uso eficiente de la misma. Actualmente existen numerosas herramientas informáticas para facilitar esta labor tanto a unos como a otros.

Metodología

Objetivo principal. Analizar si el incremento en la cartera de servicio de laboratorio en Atención Primaria supone un incremento en pruebas analíticas.

A partir de la publicación del Catálogo de Pruebas Diagnósticas del Sistema Sanitario Público Andaluz-Atención Primaria en mayo de 2018 y su implantación en los meses posteriores, en la Unidad de Gestión Clínica de Laboratorios del Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga se optó por hacer una lectura amplia del mismo y hacer accesible la totalidad de la cartera de servicio del laboratorio a las unidades de gestión de Atención Primaria que pertenecen a dicha área sanitaria o bien que por proximidad geográfica dependen del mismo, como son las unidades de Olvera y Alcalá del Valle, pertenecientes al Área de Sierra Norte de Cádiz; la unidad de Cañete la Real, perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, y el Centro de Salud

de Yunquera, perteneciente al Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga.

A todos estos centros de Atención Primaria se les abrió la cartera de servicio en las mismas condiciones que al resto de médicos hospitalarios. Los criterios de adecuación de la demanda que se aplicaron fueron los mismos en los dos niveles asistenciales. Ambos niveles asistenciales emplearon la petición electrónica corporativa, y en el caso de que las pruebas no estuvieran accesibles en dicho formato eran solicitadas de forma manual. Los criterios de adecuación a la demanda fueron los mismos, y cuando existían discrepancias entre el diagnóstico y las pruebas solicitadas, estas se informaban como «No procede». Una prueba informada como «No procede» se considera una prueba realizada e informada y, por tanto, se contabilizaba como se hace de manera rutinaria en el Laboratorio.

Período de estudio. Se estableció un período de estudio desde el 1 de agosto de 2018 al 28 de febrero de 2019, en el que no se aplicó ninguna restricción al acceso a pruebas en base al nivel asistencial. Este período se comparó con el inmediatamente anterior a la implantación del protocolo. Asimismo, se comparó el período de estudio con el mismo período un año antes, para evitar posibles sesgos estacionales.

Las variables estudiadas fueron: número de determinaciones/mes y unidades relativas de valor/mes (URV/mes), ya que interesaba ver no solo el número de pruebas sino la complejidad de las pruebas solicitadas. Desde hace tiempo, y al igual que se hace en los hospitales con el *case-mix* o índice de complejidad, para las pruebas diagnósticas se aplica un valor que indica el coste de realización de la prueba, y es una manera indirecta de estimar su complejidad.

Aunque se puede desglosar el consumo de pruebas diagnósticas hasta el nivel de facultativo y de áreas del laboratorio, se optó por hacer un análisis más general y tratar Atención Primaria en bloque, considerando tanto las unidades de gestión del Área de Gestión Sanitaria Serranía propiamente dicha como aquellas que, sin ser parte de dicha área, sí dependen funcionalmente de este laboratorio. Para evitar posibles sesgos locales se comprobará que los cambios en consumo de pruebas de laboratorio son similares en las diferentes unidades de gestión. Por tanto, el abordaje se realizó calculando el número de determinaciones solicitadas por las diferentes unidades de Atención Primaria para todas las áreas del laboratorio y su valor en URV en las mismas condiciones.

Para evitar el sesgo que podría producir una variación en la actividad y que esta fuese la causa de las posibles diferencias en los consumos de pruebas diagnósticas, se analizó la actividad realizada en dichos centros de manera global. El indicador empleado fue el número de consultas médicas y el número de consultas pediátricas por mes en el centro, por entender que son estas la que más se traducen en la petición de pruebas complementarias frente al resto de indicadores, como el número de consultas médicas a domicilio o el número de consultas de enfermería. Por último, se comprobó que los movimientos en la población no experimentaron cambios importantes. Las características de la población atendida la hacen muy estable, sin experimentar fluctuaciones estacionales ni por actividad agrícola ni por actividad vacacional.

Tabla 1 Variación de las variables estudiadas en los diferentes periodos analizados

	Periodos de estudio		Variación (%)
	1/8/2018-28/2/2019	1/1/2018-31/7/2018	
Determinaciones	425.515	564.792	-24,6
URV	3.951.461,17	4.433.604,37	-10,9
Consultas médicas	206.008	207.006	-0,5
	1/8/2018-28/2/2019	1/8/2017-28/2/2018	
Determinaciones	425.515	567.142	-25,0
URV	3.951.461,17	4.378.823,60	-9,8
Consultas médicas	206.008	202.396	1,8

URV: unidades relativas de valor.

El análisis de la información se realizó mediante un programa basado en tablas dinámicas de elaboración propia y del sistema de información del laboratorio Servolab 4 de Siemens Healthineers.

Resultados

Durante el período de estudio en el que no se aplicaron criterios restrictivos basados en el nivel asistencial, los diferentes centros de Atención Primaria solicitaron un total de 425.515 determinaciones analíticas, lo que supone 3.951.461,17 URV. Durante este período se realizaron un total de 206.008 consulta médicas y pediátricas en el centro.

En el mismo período un año antes, las determinaciones analíticas solicitadas por Atención Primaria ascendieron a 567.142, que, traducidas a URV, supusieron 4.378.823,60. La actividad realizada en ese período alcanzó 202.396 consultas médicas y pediátricas en el centro.

Se realizó el mismo análisis y con un período de tiempo igual pero justo antes del cambio en la accesibilidad en la cartera de servicios del laboratorio, y las determinaciones solicitadas por Atención Primaria ascendieron a 564.792, que se tradujeron en 4.433.604,37 URV. Durante este período se realizaron 207.006 consultas médicas y pediátricas en centros.

La actividad asistencial en el período del estudio sin limitación en las peticiones analíticas alcanzó 206.008 consultas. En ese mismo período, pero un año antes, el volumen de actividad fue de 202.396 consultas, y la actividad realizada justo antes de la puesta en marcha de esta sistemática de trabajo fue de 207.006 consultas.

La ampliación de la cartera de servicios de laboratorio, más allá del catálogo establecido para Atención Primaria, supuso una reducción del 24,6% en el número de pruebas diagnósticas solicitadas. El impacto en URV fue una reducción del 10,9%. Cuando se comparan estos resultados con el período previo al cambio en la dinámica de trabajo, los porcentajes se mantienen: el 25% menos de pruebas solicitadas que en el período anterior y el 9,8% menos de complejidad en forma de URV (tabla 1).

Durante los períodos estudiados la población atendida no experimentó cambios significativos, y el comportamiento de las unidades de gestión respecto a la actividad asistencial y el consumo de pruebas fue homogéneo.

Discusión

El acceso a las pruebas diagnósticas basado en un criterio clínico y no en el nivel asistencial es el camino para facilitar la labor asistencial a los médicos de familia. Lejos del temor a un consumo sin control de las mismas y a una falta de criterio que se les atribuye a los médicos de familia y no a los médicos hospitalarios, en el presente estudio se ha podido constatar lo contrario, no solo por el uso eficiente de los mismos sino por la satisfacción expresada por los pacientes y profesionales¹⁴⁻¹⁶.

Existe numerosa bibliografía en la que se pone de manifiesto que si el médico de familia está empoderado, reconocido y respaldado por el resto del sistema sanitario podrá realizar su labor de manera mucho más eficiente, ya que puede realizar su misión de caracterización de la patología que atiende basada en la continuidad y la longitudinalidad que reside en la historia clínica y que refleja la historia sanitaria del paciente. Resulta paradójico que a la vez que se le pide esta misión no se la acompañe de las herramientas necesarias para desarrollarla y se le pongan limitaciones basadas en el mismo nivel asistencial que se pretende potenciar^{4,17}.

Tradicionalmente, la asistencia hospitalaria goza de más reconocimiento social y prestigio que la Atención Primaria, lo cual es lógico si la percepción que tiene el paciente es que su médico de familia encuentra limitado el acceso a determinadas pruebas y debe remitir al paciente al hospital, a menudo sobrecargado, para acceder a determinadas pruebas que solo pueden ser indicadas por los médicos hospitalarios¹⁸. Esto se traduce de manera ineludible en un trasvase de pacientes desde Atención Primaria a los hospitales, a la vez que se incuba una falsa sensación de falta de respuesta por parte del médico de familia.

Donde este círculo perverso se ha roto, dotando a los especialistas de Atención Primaria de más y mejores herramientas para desarrollar su trabajo, la experiencia se ha traducido en mejores niveles de calidad asistencial, menos listas de espera y mejores índices de satisfacción^{19,20}.

Esto afecta también al médico de familia, que deberá hacer un uso adecuado de las pruebas diagnósticas, ya que recae en él la responsabilidad de su indicación y aprovechamiento en las mismas condiciones que el resto de los especialistas y, por tanto, sujetos a los mismos protocolos.

Un acceso a dichas pruebas faculta al médico de familia a abordar patologías y procesos con los que se sienta familiarizado, y mediante el acceso a dichas pruebas de manera directa podrá evitar derivaciones evitables.

Conclusiones

El acceso a las pruebas diagnósticas in vitro sin limitación por parte de los médicos de Atención Primaria no se traduce en un incremento en el gasto.

Una Atención Primaria empoderada debe contar con las herramientas necesarias para poder realizar su trabajo con los máximos niveles de calidad y de eficiencia.

Si se pretende que los médicos de familia ocupen su lugar en el panorama asistencial, no pueden verse limitados por restricciones que únicamente se basan en el mismo nivel asistencial donde trabajan y no por los niveles de competencia y de resolución de problemas.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna para la realización del presente trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la realización del presente trabajo.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid (2005) [consultado 6 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.msc.es>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014 [consultado 6 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>.
- Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Salúe debate*. 2018;42:103–11, <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S121>.
- Simo Miñana J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. 2005;35:37–42.
- Limón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:73–4.
- Gervás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:472–7.
- Clavería A, Ripoll MA, López-Rodríguez A, López-Escudero X, Rey García J. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl:142–50.
- Pagana KD, Pagana TJ. Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio. 8.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Rodríguez de Cossío A, Rodríguez Sánchez R. Pruebas de laboratorio en Atención Primaria (I). *Semergen*. 2011;37:15–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semern.2010.06.006>.
- Dirección General de Programas Asistenciales. Catálogo de Pruebas Diagnósticas Accesibles desde Atención Primaria. Gobierno de Canarias, 2016 [consultado 10 Jun 2019]. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/e718e2af-76ea-11e4-a62a-758e414b4260/CPDAP_Completo.pdf.
- Servicio de Programas Asistenciales. Catálogo de pruebas diagnósticas disponibles desde Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud, 2006 [consultado 11 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.semg.es/images/stories/recursos/2016/documentos/Catalogo%20de%20Pruebas%20Diagnosticas%20Madrid.pdf>.
- Servicio Murciano de Salud. Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. 2018 [consultado 11 Jun 2019]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2572&idsec=88.
- Prieto Menchero S, Prada de Medio E, Pineda Tenor D, Ruiz Martín G. Características, notación y sintaxis para el diseño de indicadores claves de proceso (KPI) en sistemas de adecuación de la demanda de laboratorio: el ejemplo de las recomendaciones de no hacer de AEBM-ML. *Rev Lab Clin*. 2016;9:102–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.labcli.2016.04.009>.
- Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Características socio-demográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. *Rev Cal Asist*. 2016;31:300–8.
- Gómez-Besteiro MI, Somoza-Digón J, Einöder-Moreno M, Jiménez-Fraga MN, Castiñeira-Pereira S, Feijoo-Fuentes ML. Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enf Clin*. 2012;22:179–236, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.004>.
- Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. *Gac Sanit*. 2017;31:416–22.
- Arrazola-Vacas M, de Hevia J, Rodríguez-Esteban L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España? *Rev Calid Asist*. 2015;30:226–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.006>.
- Fernandez Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer MF, González Armengol JJ. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. *Aten Primaria*. 2018;50:222–7.
- Nebot Adell C, Pasarin Rua M, Canela Soler J, Sala Álvarez C, Escosa Farga A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria*. 2016;48:642–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>.
- Gérvás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005 [consultado 5 Jul 2019]. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/08/20-anos-de-reforma-de-la-ap-en-espana.pdf>.