

INFORME ESPECIAL

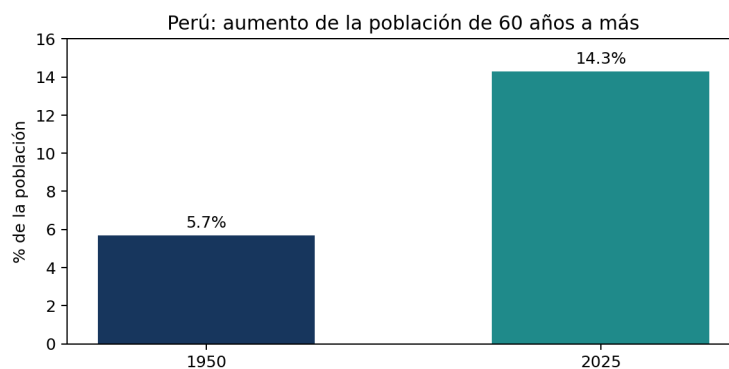
Diagnóstico POCT en el Perú

Oportunidades de crecimiento, descentralización y nuevos modelos de atención para laboratorios clínicos

1. Resumen ejecutivo

Una nueva generación de tecnologías está cambiando una regla histórica del laboratorio clínico: que muchas pruebas deban viajar hacia laboratorios especializados para poder resolverse. Plataformas compactas de inmunoensayo, bioquímica seca y hematología portátil permiten realizar en minutos, evaluaciones que antes exigían más infraestructura, transporte de muestras o mayor espera. El cambio de fondo no es solo técnico. En determinados escenarios, una prueba puede procesarse cerca del paciente, un resultado puede estar disponible antes de la consulta y parte de la capacidad diagnóstica puede desplazarse hacia campañas, empresas, sedes satélite o comunidades.

Esta transición coincide con tres fuerzas estructurales: envejecimiento de la población (14,3% tenía 60 años o más en 2025), aumento de factores de riesgo como la obesidad (25,7% en mayores de 15 años en 2024) y persistencia de brechas geográficas y diagnósticas. [1, 2, 3]



Fuente / nota: INEI, Situación de la Población Adulta Mayor, 2025. [1]

2. El diagnóstico clínico está entrando en una nueva etapa

2.1. El modelo tradicional de concentración diagnóstica

Durante décadas, la centralización fue una respuesta lógica a la economía del laboratorio: los analizadores especializados exigían inversión, volumen, personal, calibración, mantenimiento y sistemas de calidad. Un laboratorio pequeño procesaba la rutina y enviaba pruebas de menor frecuencia a un laboratorio de referencia. En provincias, esta lógica podía implicar además traslado interprovincial o envío a Lima.

Ese modelo sigue siendo válido para muchas pruebas. La novedad es que la frontera entre “procesable localmente” y “necesariamente derivable” está cambiando. La miniaturización, los cartuchos de un solo uso, la automatización, los volúmenes de muestra reducidos y los menús multiparámetro permiten que ciertas capacidades antes concentradas se distribuyan en redes más pequeñas.

2.2. Qué está cambiando con POCT

- Resultados en minutos para determinadas pruebas, reduciendo el tiempo entre la toma de muestra y la decisión.
- Equipos compactos o portátiles que pueden operar en sedes pequeñas o puntos cercanos al paciente.
- Cartuchos o discos con reactivos integrados.

- Menús amplios en plataformas de inmunoensayo, capaces de abarcar diferentes áreas clínicas.
- Volúmenes de muestra reducidos y uso de sangre capilar en determinadas aplicaciones y equipos.

Fuente / nota: La IFCC mantiene un comité específico de POCT que aborda práctica clínica, conectividad y costo-efectividad. IQVIA identifica la descentralización y la conectividad entre los principales motores de la evolución del diagnóstico POCT. [8, 9]

2.3. De transportar muestras a acercar capacidad diagnóstica

Durante años se trasladó la muestra hacia la tecnología. En determinados escenarios, ahora es posible acercar la tecnología hacia el paciente. Este cambio no elimina al laboratorio central. Lo convierte en parte de una arquitectura más distribuida: laboratorio principal, sedes satélites, consultorios especializados, campañas y puntos de atención. La pregunta estratégica deja de ser únicamente “¿dónde está mi laboratorio?” y pasa a incluir “¿dónde necesito que exista capacidad diagnóstica?”.

3. Las seis tendencias que transformarán el diagnóstico POCT

Tendencia 1. Del laboratorio centralizado a la capacidad diagnóstica local

TENDENCIA OBSERVADA

La descentralización del diagnóstico es una tendencia global. IQVIA identifica entre sus impulsores el crecimiento de las pruebas cercanas al paciente, la mayor carga de enfermedades crónicas y la evolución de plataformas diagnósticas más compactas; en su análisis 2024 del mercado IVD proyectó para Latinoamérica un crecimiento cercano al 5% anual, aunque estas cifras corresponden a estimaciones comerciales y dependen de la definición de mercado. [4, 9]

Para los laboratorios pequeños y medianos, el cambio más importante es que algunas pruebas que históricamente se derivaban por requerir equipos especializados, mayor infraestructura o una inversión difícil de justificar pueden hoy evaluarse nuevamente para procesamiento local. HbA1c, perfiles tiroideos, biomarcadores de inflamación, hormonas, ferritina, vitamina D, PSA y determinadas pruebas cardíacas son ejemplos que pueden analizarse bajo esta nueva lógica, siempre considerando volumen, desempeño analítico, regulación y control de calidad.

La oportunidad no consiste en dejar de derivar, sino en seleccionar mejor qué derivar y qué recuperar. Internalizar determinadas pruebas puede reducir tiempos de respuesta, disminuir la dependencia de terceros, retener parte del margen y ampliar el menú disponible para médicos y pacientes. Otras pruebas, por volumen, complejidad o costo, seguirán teniendo mayor sentido en un laboratorio de referencia.

Pregunta para el lector

¿Qué pruebas que hoy viajan fuera de su ciudad podrían merecer una evaluación técnica y económica para procesamiento local?

Tendencia 2. Del “regrese por su resultado” al diagnóstico dentro de la misma visita

TENDENCIA OBSERVADA

La experiencia diagnóstica tradicional puede generar dos fricciones para el paciente. La primera ocurre durante la toma de muestra, especialmente cuando requiere una venopunción que podría evitarse en determinadas pruebas y plataformas. La segunda aparece después: esperar el resultado y, en algunos modelos de atención, tener que regresar o coordinar una nueva consulta para que el médico pueda revisarlo.

El POCT puede reducir ambas fricciones. En pruebas compatibles con muestras capilares o pequeños volúmenes, la toma puede ser más sencilla y menos invasiva. Al mismo tiempo, cuando el resultado está disponible en minutos, puede incorporarse a la consulta y permitir que la evaluación médica y la definición de los siguientes pasos ocurran dentro del mismo episodio de atención.

El valor, por tanto, no está únicamente en realizar una prueba más rápido. Está en **simplificar el recorrido completo del paciente: una toma más cómoda cuando la tecnología lo permite, menos espera y la posibilidad de resolver diagnóstico y conducta clínica sin regresar únicamente para revisar resultados.**

Un ensayo por conglomerados publicado en 2025 encontró, en población de riesgo atendida en atención primaria de Hong Kong, una mayor aceptación del tamizaje mediante HbA1c capilar POCT que mediante HbA1c venosa convencional (76,0% frente a 37,5%). El resultado no puede extrapolarse directamente al Perú ni permite atribuir la diferencia exclusivamente al tipo de muestra o al tiempo de respuesta, pero ilustra cómo reducir las fricciones del proceso diagnóstico puede influir en la participación del paciente. [10]

Caso de uso: diabetes

Un paciente llega para control con endocrinología. En lugar de programar la HbA1c días antes o reprogramar la consulta por falta de resultados, un flujo adecuado puede permitir toma de muestra, resultado y consulta dentro del mismo episodio. La viabilidad depende de la plataforma, del control de calidad, del tiempo real de la prueba y de la organización del centro.

Caso de uso: nutrición y riesgo metabólico

Un paciente puede realizar un perfil bioquímico seleccionado antes de una consulta de nutrición o endocrinología. El valor no es “hacer una prueba rápida” sino permitir que la conversación clínica se base en información reciente sin exigir otro desplazamiento.

Tendencia 3. Del laboratorio fijo al diagnóstico que se desplaza hacia el paciente

INFERENCIA ESTRATÉGICA

La portabilidad habilita modelos que no dependen de que todo paciente llegue a la sede principal. Una plataforma compacta puede participar en campañas, empresas, centros médicos, residencias de adultos mayores, sedes satélite o programas comunitarios. Esto transforma la portabilidad en una variable comercial y de acceso, no solo en una especificación física.

- Campañas de riesgo cardiometabólico.
- Programas empresariales y de salud ocupacional.
- Puntos satélites en clínicas o centros médicos.
- Atención en localidades alejadas, usando unidades móviles.
- Programas de seguimiento de crónicos organizados con médicos remitentes.

Tendencia 4. De la venopunción convencional a alternativas de menor invasividad

TENDENCIA OBSERVADA

La reducción del volumen de muestra y el uso de sangre capilar están ampliando las posibilidades del diagnóstico POCT, especialmente en pediatría, campañas, atención domiciliaria y pacientes con acceso venoso difícil. El cambio es relevante porque una punción dactilar puede reducir la complejidad de la toma, facilitar modelos descentralizados y acercar determinadas pruebas al lugar donde se encuentra el paciente.

La importancia de esta tendencia va más allá de hacer una toma “menos invasiva”. **Cuando una prueba puede realizarse con una pequeña muestra, en pocos minutos y fuera del laboratorio central, se abren nuevos modelos de atención:** campañas con mayor capacidad resolutoria, evaluación pediátrica más amigable, seguimiento domiciliario y servicios donde el paciente no necesita desplazarse únicamente para una toma venosa.

Esta evolución ya alcanza pruebas de uso frecuente. En plataformas POCT seleccionadas, una pequeña muestra de sangre capilar obtenida mediante punción dactilar puede utilizarse para realizar determinaciones como la HbA1c e incluso un hemograma de cinco diferenciales. Esto permite acercar pruebas rutinarias al paciente y procesarlas en campañas, consultorios, sedes satélite o puntos de atención donde no existe un laboratorio completo.

Implicación para pediatría

En un niño, una punción dactilar frente a una venopunción convencional puede cambiar la experiencia de atención.

Tendencia 5. De equipos dedicados a plataformas compactas multiparámetro

TENDENCIA OBSERVADA

La expansión de las pruebas disponibles para equipos POCT está cambiando la economía de la internalización de pruebas. Las nuevas plataformas de inmunofluorescencia permiten concentrar en un solo analizador pruebas de distintas áreas clínicas —como diabetes, inflamación, cardiología, tiroides, hormonas, fertilidad, oncología y otros biomarcadores— reduciendo la necesidad de incorporar un equipo dedicado para cada especialidad.

Esta amplitud abre una nueva posibilidad para laboratorios pequeños y medianos: evaluar varias pruebas de bajo o mediano volumen dentro de una misma plataforma y construir perfiles más completos. Como ejemplo, la línea de

inmunofluorescencia **Anbio**, comercializada por OBC Team, prevé disponer de más de **50 tipos de pruebas**, ilustrando cómo una sola familia tecnológica puede abarcar múltiples necesidades diagnósticas.

La implicación estratégica es importante: la pregunta deja de ser si existe volumen suficiente para justificar un equipo para una sola prueba y pasa a ser si una plataforma común puede permitir recuperar varias derivaciones, ampliar el menú y responder a nuevas especialidades [11].

Cambio de pregunta

Antes: “¿Tengo volumen suficiente para comprar un equipo para esta prueba?”. Ahora: “¿Puede una sola plataforma permitirme evaluar varias derivaciones de bajo o mediano volumen y construir perfiles completos?”

Tendencia 6. Del equipo aislado al diagnóstico conectado

TENDENCIA OBSERVADA

La conectividad empieza a ser parte de la infraestructura del POCT: transmisión a LIS/HIS, identificación de operador, trazabilidad, reglas de validación, monitoreo y, progresivamente, analítica avanzada. La OCDE recomienda para Perú una infraestructura interoperable de información en salud. La IFCC, por su parte, reportó en 2026 creciente interés por IA/ML en laboratorio, pero también señaló que la implementación real sigue siendo limitada y enfrenta barreras de infraestructura, experiencia y validación. [3, 12]

La siguiente frontera: del LIS transaccional al laboratorio asistido por IA

Durante años, la función principal de un LIS fue registrar pacientes, consolidar resultados y emitir informes. La siguiente generación empieza a integrar datos de múltiples equipos, reglas de validación, alertas, trazabilidad y herramientas de IA para apoyar la revisión y la gestión. En redes POCT, la oportunidad inmediata está en utilizar estas herramientas, bajo supervisión profesional, para mejorar los flujos, detectar inconsistencias y conectar datos, no para sustituir el juicio clínico.

4. El paciente crónico está cambiando las reglas del laboratorio

La transición epidemiológica crea una demanda distinta a la del paciente episódico. Un paciente crónico puede requerir pruebas repetidas durante años, y su atención suele involucrar varios profesionales. Esto favorece modelos donde el laboratorio se integra al seguimiento, no solo al diagnóstico inicial.

4.1. Envejecimiento de la población

DATO COMPROBADO

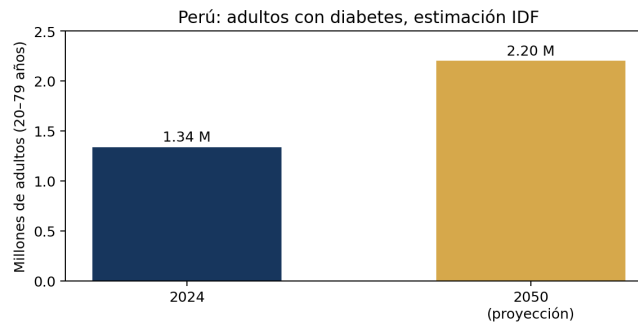
El INEI reportó que las personas de 60 años o más representaron 14,3% de la población peruana en 2025; además, sus proyecciones publicadas en 2025 indican que en 2040 los adultos mayores superarían por primera vez a los menores de 15 años. [1, 13]

El envejecimiento aumenta la exposición acumulada a diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, trastornos endocrinos, anemia y multimorbilidad. Para el laboratorio, esto significa más seguimiento, más repetición y mayor valor de perfiles integrados.

4.2. Diabetes

DATO COMPROBADO

La Federación Internacional de Diabetes estima para Perú, en 2024, una prevalencia adulta de 6,4% y aproximadamente 1,34 millones de adultos de 20 a 79 años con diabetes; proyecta alrededor de 2,2 millones para 2050. El MINSA informó en 2024 que la diabetes constituía la séptima causa de muerte y citó una prevalencia estimada de 5,5% en ENDES 2023 para población de 15 años o más. Las cifras no son idénticas porque usan universos y metodologías diferentes. [5, 6]



Fuente / nota: IDF Diabetes Atlas 11th edition / ficha país Perú, estimaciones 2024 y 2050. [5]

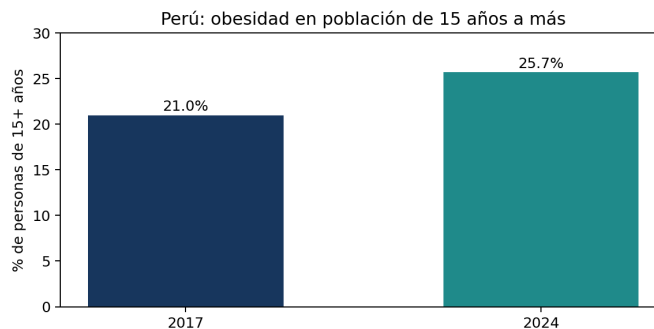
Oportunidad clínica-operativa

HbA1c puede convertirse en el eje de un circuito de seguimiento, complementado con función renal y evaluación metabólica. La oportunidad no es vender una prueba aislada, sino facilitar una trayectoria diagnóstica del paciente crónico.

4.3. Riesgo cardiometabólico

DATO COMPROBADO

CEPLAN reporta, con base en series nacionales, que la obesidad en personas de 15 años o más aumentó de 21,0% en 2017 a 25,7% en 2024; el sobrepeso se mantuvo en 36,5% en 2024. Estos indicadores sostienen la necesidad de seguimiento metabólico y cardiovascular. [2]



Fuente / nota: Observatorio Nacional de Prospectiva – CEPLAN, con base en series nacionales 2017–2024. [2]

4.4. Enfermedad cardiovascular

DATO COMPROBADO

El MINSA señaló en septiembre de 2024 que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el país, destacando como factores de riesgo hipertensión, sedentarismo, alimentación inadecuada, sobrepeso u obesidad, diabetes y colesterol alto. [7]

Para el laboratorio, deben diferenciarse dos oportunidades: prevención y seguimiento cardiometabólico, de alta frecuencia; y biomarcadores de atención aguda, de alto valor temporal pero dependientes del contexto clínico.

5. El costo oculto de derivar pruebas

El costo visible de derivar una prueba es la tarifa pagada al laboratorio de referencia. Sin embargo, la decisión debe considerar también costos operativos, tiempos de respuesta, continuidad clínica y experiencia del paciente. Entre los principales factores se encuentran:

- **Costo directo:** tarifa del laboratorio de referencia, embalaje, transporte, recojo y gestión administrativa.
- **Costo del tiempo:** crítico cuando el resultado condiciona una consulta, una referencia o una decisión médica.
- **Experiencia y continuidad del paciente:** la derivación puede generar visitas adicionales, llamadas, incertidumbre o reprogramaciones.
- **Dependencia operativa:** el laboratorio queda sujeto a horarios de recojo, rutas de transporte, feriados, contingencias y prioridades de un tercero.

- **Riesgo preanalítico:** el traslado puede afectar la estabilidad de la muestra debido al tiempo transcurrido, la temperatura o la manipulación.

Derivar sigue siendo la mejor decisión cuando:

- El volumen es insuficiente o demasiado irregular.
- La prueba es de alta complejidad y baja frecuencia.
- El costo total de procesarla localmente supera el valor clínico y comercial obtenido.

Conclusión de gestión

La decisión correcta no consiste en “procesar o derivar” en abstracto. Cada prueba debe evaluarse considerando su costo total, el volumen esperado, el valor del tiempo de respuesta, la calidad requerida y su importancia.

6. Diagnóstico que se desplaza hacia el paciente

La portabilidad abre una fuente de crecimiento distinta: no solo capturar pruebas que ya llegan al laboratorio, sino diseñar servicios donde existe demanda, pero no un laboratorio completo.

Entre las principales oportunidades se encuentran:

- Campañas preventivas: evaluación de riesgo cardio metabólico, diabetes, anemia y otros programas definidos según las necesidades de la población.
- Empresas y salud ocupacional: jornadas diagnósticas coordinadas con empresas.
- Centros médicos sin laboratorio completo: instalación de puntos diagnósticos integrados a la consulta.
- Sedes satélites: ampliación de la cobertura del laboratorio mediante un menú definido de pruebas y la derivación inteligente de análisis de mayor complejidad.
- Modelos extramurales: desarrollo de una capacidad diagnóstica móvil que pueda operar en distintos puntos.

Pregunta estratégica

¿Qué servicios podría ofrecer su laboratorio si una parte de su capacidad diagnóstica pudiera desplazarse fuera de la sede principal?

7. OBC Team: experiencia POCT aplicada en el Perú

OBC Team se ha consolidado como uno de los principales proveedores especializados en tecnologías POCT del Perú, con cobertura nacional y soluciones de inmunofluorescencia, hematología portátil y bioquímica seca. Su acompañamiento incluye instalación, capacitación, seguimiento y soporte técnico remoto y presencial, de lunes a sábado, para sostener la adopción y la continuidad operativa. [14]

8. Conclusiones

El POCT no debe entenderse únicamente como una categoría de equipos rápidos. Su impacto estratégico aparece cuando cambia dónde se procesa una prueba, cuánto tarda un resultado en incorporarse a la atención, qué volumen mínimo se necesita para abrir una capacidad y hasta dónde puede desplazarse el servicio del laboratorio.

La evidencia epidemiológica apunta a un Perú más envejecido y con una carga relevante de diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otros trastornos crónicos. La evidencia sectorial apunta a diagnóstico más descentralizado, conectado y cercano al paciente. Y la evolución tecnológica muestra plataformas compactas con menús amplios, muestras reducidas y mayor automatización. [1–5, 8, 9]

“El laboratorio que crecerá no será necesariamente el que tenga más equipos, sino el que elija mejor qué necesidades resolver, qué pruebas internalizar y dónde acercar capacidad diagnóstica para generar verdadero valor.”

Para los laboratorios pequeños y medianos, la oportunidad se concentra en tres movimientos: recuperar derivaciones seleccionadas, transformar episodios de atención en experiencias de una sola visita y llevar capacidad diagnóstica a nuevos puntos.

Referencias

- [1] INEI (2025). Situación de la Población Adulta Mayor, 2025: la proporción de 60+ alcanza 14,3%. https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_adultomayor_1.pdf
- [2] CEPLAN. Observatorio Nacional de Prospectiva: Incremento del sobrepeso y la obesidad; series hasta 2024. <https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/t14>
- [3] OECD (2025). OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_f3ddb6a4-en.html
- [4] IQVIA (2024). Cautious optimism in IVD growth potential. <https://www.iqvia.com/blogs/2024/11/cautious-optimism-in-ivd-growth-potential>
- [5] International Diabetes Federation (2025). IDF Diabetes Atlas, country profile Peru: 2024–2050. <https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/peru/>
- [6] MINSA (2024). La diabetes se constituye como séptima causa de muerte en nuestro país. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1057556-la-diabetes-se-constituye-como-septima-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
- [7] MINSA (2024). Enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1030798-enfermedades-cardiovasculares-son-la-primera-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
- [8] IFCC. Committee on Point of Care Testing (C-POCT). <https://ifcc.org/ifcc-education-division/emd-committees/c-poct/>
- [9] IQVIA (2026). The future of diagnostics: key trends that will shape point-of-care diagnostics. <https://www.iqvia.com/blogs/2026/01/the-future-of-diagnostics>
- [10] Chan L, et al. (2025). Improving type 2 diabetes detection using point-of-care capillary HbA1c; cluster randomized trial. BMC Medicine. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-025-04007-z>
- [11] Anbio Biotechnology. Catálogo público de analizadores y reactivos POCT, consultado julio 2026. <https://www.anbio.com/product>
- [12] Yang HS, et al. (2026). Implementation of AI systems in the clinical laboratory: international survey by IFCC Committee on AI in Laboratory Medicine. https://ifccfiles.com/2026/02/10.1515_cclm-2025-1322.pdf
- [13] INEI (2025). Población del Perú superará los 39 millones en 2050; hito demográfico de 2040. <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1207380-inei-poblacion-del-peru-superara-los-39-millones-en-el-2050>
- [14] OBC Team (2026). Sitio institucional y modelo de soporte técnico; consultado julio 2026. <https://obcteam.com.pe/>