



**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficina de Salud de las Minorías (CMS OMH)**

La Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare

Documentación Técnica

Preparado por

NORC en la Universidad de Chicago
55 East Monroe Street, 30th Floor
Chicago, IL 60603

Versión 9.0 | 15 de febrero de 2022

Índice

- 1. Revisiones y Actualizaciones a la Documentación Técnica 1**
- 2. Propósito del Análisis..... 5**
 - 2.1 Introducción.....5
 - 2.2 Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Población.....5
 - 2.3 Herramienta de Proyección las Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Hospitales.....6
- 3. Datos y Análisis..... 6**
 - 3.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población6
 - 3.2 Herramienta MMD -- Visualización de Hospitales7
- 4. Metodología 8**
 - 4.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población8
 - 4.1.1 Tasas de Prevalencia y Costos Totales8
 - 4.1.2 Tasas de Hospitalización 15
 - 4.1.3 Hospitalizaciones Prevenibles: Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) 15
 - 4.1.4 Tasas de Readmisión 16
 - 4.1.5 Tasas de Mortalidad 16
 - 4.1.6 Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias..... 17
 - 4.1.7 Tasas de Aceptación de Servicios Preventivos..... 17
 - 4.1.8 Tasas de Admisión por el Tipo de Admisión 19
 - 4.1.9 Tasa de Admisión por el Destino después del Alta 19
 - 4.1.10 Complicaciones Hospitalarias Prevenibles: Indicadores de Seguridad de los Pacientes (PSI) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) 20
 - 4.1.11 Promedio de Días de Hospitalización y de Reembolsos de Medicare 20
 - 4.2 Visualización de Hospitales de MMD..... 20
 - 4.2.1 Tasas de Readmisión y Visitas No Planificadas al Hospital 23
 - 4.2.2 Seguridad del Paciente..... 24
 - 4.2.3 Gastos de Medicare..... 25
 - 4.2.4 Experiencia del Paciente 26
 - 4.2.5 Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP) 26
 - 4.2.6 Informes de Calidad de Instalaciones Psiquiátricas para Pacientes Hospitalizados (IPFQR)..... 27
 - 4.2.7 Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) (PCHQR)..... 27
 - 4.2.8 Cuidados Efectivos 28
- 5. Análisis de Medidas por el Número de Condiciones Crónicas en la Visualización de Población 28**
- 6. Estandarización de las Medidas por la Edad en la Visualización de Población 28**

- 7. Distribución Espacial Uniforme de las Medidas en la Visualización de Población 29**
- 8. Población del Análisis en la Visualización de Población 29**
- 9. Supresión en la Visualización de Población..... 30**
- 10. Utilizando la Herramienta MMD..... 30**
 - 10.1 Visualización de Población30
 - Paso 1. Seleccione el año para su consulta.30
 - Paso 2. Seleccione el enfoque de su consulta.....30
 - Paso 3. Seleccione la medida.....31
 - Paso 4. Seleccione el método de ajuste.31
 - Paso 5. Seleccione el domino.....31
 - Paso 6. Seleccione la condición/servicio.31
 - Paso 7. Seleccione las características del paciente.....31
 - Paso 8. Seleccione el análisis.32
 - Paso 9. Seleccione un sexo, edad, estatus de elegibilidad, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio o raza y etnia de comparación.32
 - 10.2 Visualización de Hospitales33
 - Paso 1. Seleccione el Estado o Condado.33
 - Paso 2. Seleccione el hospital.33
 - Paso 3. Seleccione el Dominio de la Medida.33
 - Paso 4. Seleccione el Subdominio de la Medida.33
 - Paso 5. Seleccione la condición.33
 - Paso 6. Seleccione la(s) Comparación(es).33
- 11 Otras Funciones de la Herramienta MMD 34**
 - 11.1 Visualización de Población34
 - 11.2 Visualización de Hospitales35
- Apéndice A: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Población 35**
 - A.1 Datos35
 - A.2 Metodología Ampliada.....36
 - A.2.1 Tasas de Prevalencia y Costos Totales.....36
 - A.2.2 Tasas de Hospitalización.....40
 - A.2.3 Hospitalizaciones Prevenibles - PQI de AHRQ.....43
 - A.2.4 Tasas de Readmisión.....44
 - A.2.5 Tasas de Mortalidad45
 - A.2.6 Tasa de Visitas al Departamento de Emergencias46
 - A.2.7 Tasas de Aceptación de Servicios Preventivos48
 - A.2.8. Análisis de Medidas por el Número de Condiciones Crónicas55
 - A.2.9 Medidas de Admisión como Paciente Hospitalizado.....55
 - A.2.10 Estandarización de las Medidas por Edad.....56
 - A.3 Actualizaciones de los Datos Socioeconómicos57
- Apéndice B: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Hospitales 59**
 - B.1 Datos59
 - B.2 Metodología Ampliada.....59
 - B.2.1 Tasas de Readmisión.....59

B.2.2 Seguridad del Paciente	59
B.2.3 Experiencia del Paciente	60
B.2.4 Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP).....	61
B.2.5 Informes de Calidad de Instalaciones Psiquiátricas para Pacientes Hospitalizados (IPFQR).....	63
B.2.6 Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) (PCHQR).....	64
Glosario.....	64

Lista de Tabla

Tabla 1.	Historia de Revisiones para la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare.....	1
Tabla 2.	Datos y Definiciones empleados en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Condiciones Crónicas	10
Tabla 3.	Datos y Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Otras Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes.....	13
Tabla 4.	Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Servicios Preventivos	18
Tabla 5.	Definiciones empleados en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Visualización de Hospitales.....	21
Tabla 6.	Promedio de la Tasa Nacional No Ajustada de Readmisión (o Visitas No Planificadas al Hospital) por Condición.....	24
Tabla A.1.	Obteniendo la Población del Análisis para las Tasas de Prevalencia de Condiciones Crónicas y Costos Totales de Condiciones Crónicas y la Enfermedad Renal en Etapa Final y Discapacidad	37
Tabla A.2.	Obteniendo la Población del Análisis para las Tasas de Prevalencia de Enfermedad Renal en Etapa Final y Discapacidad	39
Tabla A.3.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones	40
Tabla A.4.	Especificaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y el Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas.....	42
Tabla A.5.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida del Indicador de Calidad de la Prevención	44
Tabla A.6.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Visitas al Departamento de Emergencias.....	47
Tabla A.7.	Especificaciones de Visitas al Departamento de Emergencias	47
Tabla A.8.	Obteniendo la Población del Análisis para la Visita Anual de Bienestar	49
Tabla A.9.	Obteniendo la Población del Análisis para el Examen Físico Preventivo Inicial	49
Tabla A.10.	Obteniendo la Población del Análisis para el Examen para Detectar el Cáncer Colorrectal	50
Tabla A.11.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos de Mamografía de Evaluación	51

Tabla A.12. Obteniendo la Población del Análisis para la Prueba Evaluativa de Papanicolaou y el Examen Pélvico de Evaluación	52
Tabla A.13. Obteniendo la Población del Análisis para Exámenes de Detección del Cáncer de Próstata	53
Tabla A.14. Obteniendo la Población del Análisis para el Examen de Detección de Cáncer Cervical con Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH).....	54
Tabla A.15. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos	54
Tabla A.16. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Pacientes Hospitalizados	56
Tabla A.17. Ponderaciones de Edad para la Medida de Prevalencia de 2012	56
Tabla A.18. Cálculo de las Medidas Socioeconómicas	58
Tabla B.1. Lista de PSI de AHRQ	59
Tabla B.2. Dimensiones de la Experiencia del Pacient	61
Tabla B.3. Medidas HVBP del Año Fiscal de 2018.....	61
Tabla B.4. Lista de Medidas IPFQR	63
Tabla B.5. Lista de Medidas PCHQR	64

1. Revisiones y Actualizaciones a la Documentación Técnica

Esta sección resume las revisiones y actualizaciones realizadas en la documentación técnica para la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD), también como los datos que se presentan en la Herramienta MMD. Se actualiza la Herramienta MMD con frecuencia. La Tabla 1 resume la lista de cambios o revisiones.

Tabla 1. Historia de Revisiones para la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare

Tema	Fecha	Descripción
Datos Nuevos	10/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones finales de Medicare de 2019 (en su totalidad) y las reclamaciones preliminares de Medicare de 2020 (99% del total) a la Visualización de Población. Las reclamaciones finales de Medicare de 2020 aparecerán en la siguiente actualización. • Ahora están disponibles las tasas reales con distribución uniforme y las tasas estandarizadas por edad con distribución uniforme para los datos de 2019 y 2020 en la Visualización de Población. • Para los datos preliminares de 2020 en la Visualización de Población, se desactivaron temporalmente las medidas para pacientes hospitalizados debido a que la información no está disponible aún. • Para 2020, se añadió una nueva condición a las medidas de prevalencia y hospitalización en la Visualización de Población: COVID-19. • Se actualizó la Visualización de Hospitales conforme a los datos publicados en enero de 2021 por la página Hospital Compare. • Se añadió una nueva medida a la Visualización de Hospitales: MedCoPsy (continuación de la medicación tras el alta hospitalaria de un paciente psiquiátrico). • Se suprimieron cuatro medidas bajo la Visualización de Hospitales: PCH-14 (límites de dosis de radiación a tejidos normales), PCH-16 (medicina y radiación: cuantificación de la intensidad del dolor), PCH-17 (terapia hormonal adyuvante para pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo) y PCH-18 (medida para evitar el uso excesivo: exploración ósea para la estadificación de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo).

Tema	Fecha	Descripción
Datos Nuevos	2/26/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones de Medicare de 2019 (99% del total) a la Visualización de Población. Se actualizarán las reclamaciones finales de Medicare de 2019 en el otoño de 2021. • Se desactivaron temporalmente las tasas reales con distribución uniforme y las tasas estandarizadas por edad con distribución uniforme para los datos preliminares de 2019 en la Visualización de Población. Es posible que las tasas con distribución uniforme estén disponibles para la publicación de los datos finales de 2019 en el otoño de 2021. • De acuerdo con la metodología de AHRQ, a partir de 2019 se suprimieron dos medidas de los Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) –PQI 2 (apéndice perforado) y PQI 10 (deshidratación)– de la Visualización de Población y no se incluirán en adelante. Los datos para estas medidas todavía están disponibles para los años anteriores (2012 a 2018). La supresión de PQI 10 afecta a dos medidas compuestas de los PQI (PQI 90 y PQI 91), debido a que PQI 10 era parte de ambas. • Se actualizaron las variables socioeconómicas en la Visualización de Perfil del País/Estado/Condado (bajo la Visualización de Población) con los datos de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) de 2019.
Datos Nuevos	6/29/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se creó una nueva opción de menú que permita comparar la medición de las tasas según la razón original por la cual se tiene derecho a Medicare.
Datos Nuevos	6/29/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadió un Informe de Población descargable en la parte inferior de la Visualización de Población que muestra la tasa de prevalencia de cinco condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) e insuficiencia cardíaca congestiva), estratificadas según la raza y etnia de los beneficiarios para cada estado y condado incluidos en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD).
Datos Nuevos	6/29/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones de Medicare de 2018 a la Visualización de Población. • Se actualizó la Visualización de Hospitales con la publicación de los datos de enero de 2020 de la página Hospital Compare. • Se añadieron cinco nuevas medidas a la Visualización de Hospital: Clostridium difficile (C.Diff): Razón estandarizada de infección (SIR); Bacteriemia por SARM Razón estandarizada de infección (SIR); Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Cirugía de colon; Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Histerectomía abdominal: Razón estandarizada de infección (SIR); y cobertura de la vacuna contra la influenza entre el personal sanitario: Tasa de adherencia • Se suprimieron cinco medidas bajo la Visualización de Hospitales: Detección de consumo de alcohol, detección del consumo de tabaco, quimioterapia adyuvante para el cáncer de colon, quimioterapia combinada para el cáncer de mama, y terapia hormonal para el cáncer de mama.
Datos Nuevos	2/24/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualizaron las variables socioeconómicas de la Visualización de Perfil del País/Estado/Condado (bajo la Visualización de Población) con los datos de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) de 2018.

Tema	Fecha	Descripción
Datos Nuevos	6/17/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron cinco nuevas medidas para pacientes hospitalizados a la Visualización de la Población para los años 2012-2017: promedio de días de hospitalización por admisión, número de admisiones PSI por 100,000 beneficiarios, reembolso promedio de Medicare por admisión, tasa de admisión por tipo de admisión, y tasa de admisión por destino luego del alta. • Se actualizaron los datos de la Visualización de Hospitales (actualizados 14/3/2019) y se añadieron seis medidas nuevas: atención apropiada para sepsis severa y choque séptico, días de regreso al hospital para pacientes con neumonía, días de regreso al hospital para pacientes con ataque al corazón, días de regreso al hospital para pacientes con insuficiencia cardíaca, complicaciones de cadera/rodilla, y gastos de Medicare por beneficiario, • Se eliminaron dos medidas abandonadas de la Visualización de Hospitales: tasa de readmisión de 30 días y gestión de dolores. • Se añadieron los siguientes elementos de datos en la Visualización del Perfil del Estado/Condado de la Visualización de Población: distribución por raza y etnia, cobertura de seguros por tipo de seguro y grupo etario. • Se eliminaron los siguientes elementos de datos en la Visualización del Perfil del Estado/Condado de la Visualización de Población: viviendas vacantes y tasa de empleo por tamaño del hogar.
Datos Nuevos	3/29/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyeron cuatro definiciones nuevas del Trastorno por Consumo de Opiáceos (OUD): Indicador Global del OUD, Indicador del OUD con base en el código del Diagnóstico y del Procedimiento, Indicador del OUD con base en las Hospitalizaciones y las Visitas a la Sala de Emergencias, y el Indicador del OUD con base en la Utilización de la Terapia Asistida con Medicación. • Se añaden los datos para el CY 2017, aumentando así la cobertura a 2012-2017.
Función Nueva	3/29/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolló una nueva opción del menú para permitir la comparación de los valores de las medidas entre condados urbanos y rurales en el estado en la Visualización de Población. • Se añadió las descripciones de medidas a la Visualización de Hospitales con enlaces a la especificación detallada de la medida en la página web de Comparación de Hospitales.
Función Actualizada	3/29/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se movió la selección del estado/condado para ampliar la imagen a la parte superior (por encima de Año y Geografía) en la Visualización de Población. • En la Visualización de Hospitales, se añadió un nuevo menú desplegable para demostrar las tasas a nivel de condado o de estado.
Datos Nuevos	9/6/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyeron cuatro definiciones nuevas de cáncer: Cáncer de Mama, Colorrectal, Pulmonar, y del Próstata para varias medidas. • Se actualizaron las tasas de visitas al Departamento de Emergencias para incluir el desglose por la condición. • Se añadieron datos para el CY 2016, aumentando así la cobertura a 2012-2016.

Tema	Fecha	Descripción
Función Nueva	9/6/2018	<ul style="list-style-type: none"> Se añadió una función de análisis a nivel de hospital, denominada la Visualización de Hospitales, para complementar la Visualización de Población. Se añadieron funciones de "perfil estatal" y "perfil nacional" con datos socioeconómicos de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) de la Oficina del Censo de los EE. UU.
Funciones Nuevas	3/23/2018	<ul style="list-style-type: none"> Se publicó la versión en español de la Herramienta MMD. Se crearon nuevas opciones del menú para permitir la comparación de cualquier combinación de dos subpoblaciones según la edad, el sexo, la elegibilidad doble, y la raza y etnia. Se implementó una nueva opción del menú para seleccionar un condado de interés dentro del estado.
Datos Nuevos	3/23/2018	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron tasas de readmisión y mortalidad para el CY 2015.
Datos Nuevos	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se incluyeron enfermedades crónicas, categorizadas como "Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes," así ampliando la cobertura de las enfermedades crónicas. Las condiciones preexistentes se clasifican como "Condiciones Crónicas Primarias." Tenga en cuenta que la mayoría de las "Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes" afectan una parte menor de la población objeto del análisis, lo cual puede dar lugar a tasas de prevalencia muy bajas o que datos suprimidos en la Herramienta MMD. Una falta de variación en los condados o estados también puede resultar en una visualización de un solo color. Se añadieron datos del CY 2015, así ampliando la cobertura de 2012-2015, exceptuando las tasas de readmisión y de mortalidad. Las tasas de readmisión y mortalidad para el CY 2015 serán incluidas tan pronto como se disponga de la metodología revisada.
Datos Nuevos	8/29/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron las tasas de aceptación (o uso) de los servicios preventivos para 2012-2015.
Funciones Nuevas	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se añadió una función de "visualización de tendencias" con gráficos de líneas para las medidas seleccionadas. Se añadió una función de "perfil del condado" con datos socioeconómicos de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense de la Oficina del Censo de los EE. UU.
Revisión de la Metodología	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se actualizaron las tasas de prevalencia, hospitalización, y visitas al departamento de emergencias para 2012-2014. Ahora se basan en los indicadores del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas.¹ Tenga en cuenta que podría haber cambios en los datos de estas medidas (en comparación con las versiones anteriores de los datos que estaban disponibles en la Herramienta MMD) como resultado de este cambio.
Medida(s) Descontinuada(s)	8/29/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se eliminó la Angina sin Procedimiento (PQI 13), uno de los Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.

¹ Vea el "segmento de Condiciones Crónicas" del diccionario de datos para el Expediente Resumido del Beneficiario de Medicare (MBSF) para las descripciones de los indicadores de la condición crónica: https://www.resdac.org/cms-data?tid%5B%5D=6046&tid_1%5B%5D=1&=Find+Data+Files.

Tema	Fecha	Descripción
Tablas Actualizadas	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron nuevas tablas y, por tanto, se han desplazado los números de las tablas en comparación con la última versión de la documentación. Se actualizan los contenidos de varias tablas.
Correcciones	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se han corregido las tasas de prevalencia para el Infarto de Miocardio Agudo y la Fibrilación Atrial. Antes de esta actualización, la selección del Infarto de Miocardio Agudo presentaba los valores de la Fibrilación Atrial, y viceversa. No se han afectado las otras medidas.

2. Propósito del Análisis

2.1 Introducción

La [herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare \(MMD\)](#) fue publicada por primera vez en 2016. Es una herramienta interactiva de visualización enfocada en un mapa de los Estados Unidos a nivel de estado/condado que le permite a los usuarios identificar fácilmente disparidades geográficas en la utilización y la medición de resultados entre la población de Medicare. La herramienta, que originalmente se centró en la prevalencia de condiciones crónicas, actualmente contiene varias medidas adicionales en múltiples dominios como, por ejemplo, costos, utilización de los servicios, calidad del cuidado y resultados sanitarios. El programa SAS se usa para el procesamiento de los datos de reclamaciones y el análisis de los datos después del procesamiento se lleva a cabo a través de los programas STATA y R. La programación del interfaz del usuario se realiza mediante JavaScript y se usan librerías como d3.js y sus derivados. La herramienta MMD proporciona dos componentes: la Visualización de Población y la Visualización de Hospitales.

2.2 Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Población

La [Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare \(MMD\)](#) – Visualización de Población se diseñó para identificar las áreas de disparidades entre las subpoblaciones (p.ej., grupos raciales y étnicos) en los resultados, la utilización y los gastos médicos. Esta información proporciona un punto de partida para la comprensión de los datos relacionados con la salud en lo geográfico, y puede ser utilizada para señalar a poblaciones para posibles intervenciones. La Herramienta MMD presenta varias medidas relacionadas con la salud según el estado/territorio, condado, condados urbanos comparados con los rurales dentro de un estado, edad, sexo, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble (los beneficiarios que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid). La herramienta MMD incluye Puerto Rico (a nivel del territorio y de condados), también como las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas del Norte (a nivel del territorio y sin los detalles de los condados). La herramienta MMD también ofrece unos “análisis” integrados para investigar las disparidades (1) dentro de los condados y en los grupos raciales y étnicos, y (2) dentro de los grupos raciales y étnicos en todos los condados.

2.3 Herramienta de Proyección las Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Hospitales

La Visualización de Hospitales de la Herramienta MMD se diseñó para proveer una manera rápida y fácil en que los usuarios pueden comparar los hospitales según la calidad de la atención (por ejemplo, readmisiones y visitas no planificadas al hospital, seguridad, y experiencia del paciente) y el costo de la atención (por ejemplo, gastos de Medicare). Los usuarios pueden analizar las medidas del hospital y su puntaje de desempeño, y comparar contra los promedios con base en: la geografía (es decir, el condado, estado, y a nivel nacional), el tipo de hospital (es decir, de cuidado intensivo y acceso crítico), el dueño del hospital (es decir, gubernamental, de médicos, privado, tribal, y voluntario) o el tamaño del hospital (es decir, número de camas). La Visualización de Hospitales incluye hospitales en los territorios de los EE. UU., tal como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas del Norte (a nivel del territorio y sin los detalles de los condados).

3. Datos y Análisis

3.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población

Los datos utilizados para este análisis provienen de las reclamaciones administrativas que fueron presentadas a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) por los beneficiarios de Medicare afiliados en el programa de pago por servicios (FFS), las cuales se pueden obtener de CMS mediante el Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (CCW; www.ccwdata.org/web/guest/home). Estos archivos de reclamaciones se conocen como los Archivos Identificables de Investigación (RIF) de CMS, que consisten en el Archivo Resumido del Beneficiario Principal (MBSF) – y el Archivo Resumido del beneficiario de la Base de Datos de Variación Geográfica (GVDB) con datos sobre la elegibilidad, inscripción y características de beneficiarios – y elementos de acción final para los servicios/reclamaciones que la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) de Medicare cubren. Específicamente, los RIF de CMS que se utilizan en este análisis incluyen:

- 100% de las RIF para Pacientes Hospitalizados
- 100% de las RIF de Centros de Enfermería Especializada (SNF)
- 100% de las RIF de Hospicios
- 100% de las RIF de Agencias de Cuidado de la Salud en el Hogar (RIF)
- 100% de las RIF para Pacientes Ambulatorios
- 100% de las RIF de Portadores (médicos/suministradores)
- 100% de las RIF de Equipos Médicos Duraderos (DME)
- 100% de las RIF de Expedientes de Reclamaciones de Pacientes Hospitalizados de la Base de Datos de Variación Geográfica

Para las metodologías que se utilizaron para calcular las tasas de hospitalización, las hospitalizaciones prevenibles, las tasas de readmisión, las tasas de mortalidad, y las medidas de

admisiones de pacientes hospitalizados, solamente se necesitan los datos de las reclamaciones de pacientes hospitalizados (además del MBSF o el Expediente Resumido del Beneficiario de GVDB con la información de inscripciones). Sin embargo, para la metodología que se utilizó para calcular las tasas de visitas al departamento de emergencias (DE), se necesitan los datos tanto de pacientes hospitalizados como de paciente ambulatorio. La prevalencia de las condiciones crónicas y los estimados de costos totales requieren todos los tipos de reclamaciones, incluyendo las de los Portadores y las reclamaciones relativas a DME.

En este análisis, se han incluido a los beneficiarios con Medicare de 65 años y mayores, las personas menores de 65 con determinadas discapacidades, y las personas de cualquier edad que padecen de enfermedad renal en etapa final (ESRD). Excluimos a los beneficiarios con cualquier afiliación en Medicare Advantage durante el año, ya que los datos de las reclamaciones no se encuentran disponibles. Se incluyen a los beneficiarios que fallecieron durante el año hasta la fecha de su fallecimiento, siempre y cuando satisfagan los otros criterios de inclusión. Vea el Apéndice A para más detalles sobre la población utilizada para cada medida.

En la parte inferior de la Visualización de Población hay un Informe de Población para descargar que muestra la tasa de prevalencia de cinco condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) e insuficiencia cardíaca congestiva), estratificadas según la raza y etnia de los beneficiarios para cada estado y condado que se incluyen en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD).

Los usuarios pueden usar filtros en las hojas de cálculo de Excel para seleccionar un condado, estado y una condición crónica específicos. Se aplica una codificación por color para identificar el grupo racial/étnico que presenta la mayor tasa de prevalencia en un condado o estado. Cada grupo racial y étnico tiene un color único. Para cada grupo racial y étnico, el informe también muestra el tamaño de la población (es decir, el denominador) para calcular las tasas de prevalencia.

3.2 Herramienta MMD -- Visualización de Hospitales

Los datos empleados en el análisis de la visualización de hospitales provienen de varias fuentes de datos (por ejemplo, reclamaciones administrativas de CMS para beneficiarios de Medicare inscritos en el programa FFS, encuestas de pacientes), que se puede obtener de los CMS mediante la base de datos de Comparación de Hospitales.² Vea el Apéndice B para obtener más detalles sobre los datos y la población que se utilizan para cada medida en la Visualización de Hospitales de MMD.³

² Disponible en: <https://es.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

³ Es posible que los datos no estén disponibles para algunos hospitales debido a una población limitada de casos elegibles.

4. Metodología

4.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población

4.1.1 Tasas de Prevalencia y Costos Totales

Las tasas de prevalencia se calculan mediante una búsqueda de determinados códigos diagnósticos en las reclamaciones de los beneficiarios de Medicare. Se considera que un beneficiario tiene una condición si los datos administrativos de CMS cuentan con una reclamación que indique que el beneficiario ha sido diagnosticado con una condición específica durante el período de tiempo de referencia (uno, dos, o tres años, según la condición seleccionada) o, en el caso de ESRD y discapacidad, si la razón por la cual el beneficiario tiene derecho (original o actual) en MBSF es la discapacidad o ESRD. La tasa de prevalencia de una condición para una subpoblación específica (p.ej., todos los beneficiarios en un condado) es la proporción de los beneficiarios que se ha determinado que padecen de la condición. La Tabla 2 demuestra los detalles de las "condiciones crónicas principales" que se incluyen en la Herramienta MMD, mientras la Tabla 3 demuestra los detalles de las "otras condiciones crónicas o posiblemente incapacitantes". Conforme a la metodología de síntesis de datos de

Medicare de los CMS para el COVID-19 (disponible en [metodología de Medicare para el COVID \(cms.gov\)](#) se añadió la tasa de prevalencia del COVID-19, la cual se define como el porcentaje de beneficiarios con un diagnóstico de COVID-19 en una reclamación hecha por cualquier centro de atención médica (p. ej., un consultorio médico, un hospital donde hayan pacientes hospitalizados, un laboratorio).

Los costos totales (es decir, los gastos de Medicare) son los promedios anuales de todos los costos de todos los tipos de reclamaciones para beneficiarios que padecen de una condición determinada (independientemente de si padecen de otras condiciones o no). Los costos totales, ajustados por los riesgos, son los costos totales *esperados* con base en el modelo de ajuste por riesgos de la Categoría Jerárquica de Condiciones (HCC) de los CMS, lo cual provee calificaciones de riesgo al nivel del beneficiario.⁴ El costo promedio, ajustado por el riesgo, para una subpoblación seleccionada es el producto del puntaje promedio de riesgo para la subpoblación y el costo total estándar de \$9,276.26.⁵ Se mantiene la misma cantidad para el costo total estándar para cada año para permitir comparaciones entre años. Los costos principales para los beneficiarios con una condición son los promedios anuales de todos los costos para todo tipo de reclamación con un diagnóstico principal que

⁴ El modelo HCC de los CMS estima las ponderaciones (o calibraciones) para más de 100 categorías de diagnóstico y características demográficas (edad, género, etc.) de los beneficiarios en un modelo de regresión en el que los costos totales son la variable dependiente. Estas ponderaciones pueden ser utilizadas para calcular una calificación de riesgo para cada beneficiario.

⁵ Software de los CMS de Ajuste de Riesgo de 2015, V2213.79.L2, Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/MedicareAdvtgSpecRateStats/Risk-Adjustors-Items/Risk2015.html?DLPage=1&DLEntries=10&DLSort=0&DLSortDir=descending>

se relaciona a esa condición específica (independientemente de si padecen de otras condiciones o no). La Herramienta MMD provee las tasas de prevalencia, los costos totales, los costos totales ajustados por el riesgo, y las visitas al departamento de emergencias por cada una de las 60 enfermedades crónicas; y los costos principales por cada una de las 59 condiciones crónicas (excluyendo la medida del Trastorno por el Consumo de Opiáceos) así como para los beneficiarios con una discapacidad o ESRD (Tabla 2) según las *características del beneficiario* (es decir, todas las combinaciones de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). CCW ha desarrollado cuatro indicadores del Trastorno por el Consumo de Opiáceos (OUD). El Indicador 1 es un indicador general que satisface los criterios para el Indicador 2, el Indicador 3 o el Indicador 4 que siguen. El Indicador 2 identifica OUD en función de los códigos de procedimiento y diagnóstico. El Indicador 3 identifica la OUD según la hospitalización y las visitas al departamento de urgencias debido a sobredosis de opioides y eventos de intoxicación. El Indicador 4 identifica OUD de la utilización de medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de MAT como la buprenorfina y la naltrexona. Los cuatro indicadores están disponibles para las tasas de prevalencia. Solamente el Indicador 1 está disponible para el costo total, el costo ajustado por el riesgo, la hospitalización, y las visitas al departamento de emergencias. La definición detallada de los indicadores OUD está disponible en <https://www.cwdata.org/documents/10280/19139421/other-condition-algorithms-and-reference-list-opioids.pdf>. Vea el Apéndice A para más detalles, incluyendo la metodología de CCW.

Tabla 2. Datos y Definiciones empleados en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Condiciones Crónicas

Medida	Tasas de Prevalencia y Costos	Tasas de Hospitalización	Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) de AHRQ	Tasas de Readmisión	Tasas de Mortalidad	Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias	Indicadores de Seguridad del Pacientes de la AHRQ [8]
Método	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología del Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas (CCW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología del Atlas Interactivos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) o metodología CCW [1] 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de CMS estandarizada por el riesgo de 30 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de CMS estandarizada por el riesgo de 30 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología del Centro de Asistencia de Datos de Investigación (ResDAC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ).
Condición	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo de Miocardio • Enfermedad de Alzheimer, Trastornos Relacionados, o Demencia Senil • Asma • Fibrilación Atrial • Cáncer de Mama • Cáncer (de mama, colorrectal, pulmonar o de próstata) [2] • Enfermedad renal crónica • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) • Cáncer Colorrectal • Depresión [3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de Miocardio Agudo (CDC) • Enfermedad de Alzheimer, Trastornos Relacionados, o Demencia Senil (CCW) • Asma (CCW) • Cáncer de Mama (CCW) • Cáncer (de mama, colorrectal, pulmonar y próstata) (CCW) [2] • Disritmia cardíaca (CDC) • Enfermedad renal crónica (CCW) • COPD (CCW) • Cáncer Colorrectal (CCW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de Diabetes a Corto Plazo (PQI 01) • Apéndice Perforado (PQI 02; suprimido en 2019) • Complicaciones de Diabetes a Largo Plazo (PQI 03) • COPD o Asma en Adultos Mayores (PQI 05) • Hipertensión (PQI 07) • Insuficiencia Cardíaca (PQI 08) • Deshidratación (PQI 10; suprimido en 2019) • Neumonía Bacteriana (PQI 11) • Infección del Tracto Urinario (PQI 12) • Diabetes no Controlada (PQI 14) • Amputaciones de las Extremidades Inferiores en Pacientes con Diabetes (PQI 16) • Índice de Admisiones Generales de Calidad de la Prevención (PQI 90) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo de Miocardio • Insuficiencia cardíaca • "Todas las Causas" 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo de Miocardio • Insuficiencia Cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo de Miocardio • Enfermedad de Alzheimer, Trastornos Relacionados, o Demencia Senil • Asma • Fibrilación Atrial • Cáncer de Mama • Cáncer (de mama, colorrectal, pulmonar o de próstata) [2] • Enfermedad renal crónica • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) • Cáncer Colorrectal • Depresión [3] • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hiperlipidemia (colesterol elevado) • Hipertensión • Enfermedad Cardíaca Isquémica • Cáncer Pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallecimiento en los DRG de Baja Mortalidad (PSI 02) • Úlcera por Presión (PSI 03) • Fallecimiento de Pacientes Quirúrgicos Hospitalizados (PSI 04) • Neumotórax Iatrogénico (PSI 06) • Infecciones Sanguíneas por el Uso de un Catéter Venoso Central (PSI 07) • Fractura Posquirúrgica de la Cadera (PSI 08) • Hemorragia o Hematoma Posquirúrgica (PSI 09) • Numerador de la Tasa de Alteraciones Fisiológicas y Metabólicas Posquirúrgicas (PSI 10)

Medida	Tasas de Prevalencia y Costos	Tasas de Hospitalización	Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) de AHRQ	Tasas de Readmisión	Tasas de Mortalidad	Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias	Indicadores de Seguridad del Pacientes de la AHRQ [8]
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hiperlipidemia (colesterol elevado) • Hipertensión • Enfermedad Cardíaca Isquémica • Cáncer Pulmonar • Obesidad • Osteoporosis • Cáncer de Próstata • Artritis Reumatoide / Osteoartritis • Esquizofrenia / Otros trastornos psicóticos • Apoplejía / Ataque Isquémico Transitorio • 0, 1, 2, o 3 Condiciones [4] • Toda la población [5] • Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) • Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión (CCW) [3] • Diabetes (CCW) • Insuficiencia Cardíaca (CDC) • Hiperlipidemia (colesterol elevado) (CCW) • Hipertensión (CDC) • Enfermedad Cardíaca Isquémica (CDC) • Cáncer Pulmonar (CCW) • Obesidad (CCW) • Osteoporosis (CCW) • Cáncer de Próstata (CCW) • Artritis Reumatoide / Osteoartritis (CCW) • Esquizofrenia / Otros trastornos psicóticos (CCW) • Apoplejía (CDC) • 0, 1, 2 o 3+ Condiciones o "En General", independientemente de la condición especificada [6] • ESRD • Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Admisiones por Condiciones Agudas de Calidad de la Prevención (PQI 91) • Índice de Admisiones por Condiciones Crónicas de Calidad de la Prevención (PQI 92) 			<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Osteoporosis • Cáncer de Próstata • Artritis Reumatoide / Osteoartritis • Esquizofrenia/Otros Trastornos Psicóticos • Apoplejía / Ataque Isquémico Transitorio • 0, 1, 2 o 3+ Condiciones o "En General", independientemente de la condición especificada [7] • ESRD • Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo Respiratorio Posquirúrgico (PSI 11) • Embolismo Pulmonar o DVT Posquirúrgico (PSI 12) • Sepsis Posquirúrgica (PSI 13) • Dehiscencia por Herida Posquirúrgica (PSI 14) • Punción o Laceración Accidental (PSI 15)
Datos	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las Reclamaciones (tipos de reclamación según la condición), salvo por ESRD y discapacidad, las cuales dependen del motivo del derecho del MBSF de 100%. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las Reclamaciones de Pacientes Hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de reclamaciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de reclamaciones de pacientes hospitalizados GVDB

^[1] En los paréntesis después de cada condición en la medida de hospitalización se indica la agencia (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC] o Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas [CCW]) cuya metodología fue utilizada para determinar cuál de los códigos de diagnóstico de la 9.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (válidos hasta septiembre de 2015) o los códigos de diagnóstico de la 10.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (válidos a partir del 1.^o de octubre de 2015) se utilizan para calcular las tasas de hospitalización por cada condición.

^[2] El cáncer incluye: cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, y cáncer pulmonar. En nuestra metodología, una persona que padece de dos cánceres o más de esta lista se identifica solamente una vez como persona con cáncer.

^[3] La depresión se diferencia del “trastorno depresivo” en Otras Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes.

^[4] Identifica la tasa de prevalencia (es decir, no de una condición específica) para beneficiarios que padecen de 0, 1, 2 o 3+ de las condiciones de la lista arriba.

^[5] Solamente disponible para costos. Proporciona los costos (es decir, no de una condición específica) según las variables demográficas solamente, independientemente del número de condiciones crónicas.

^[6] Identifica la tasa de hospitalización (es decir, no de una condición específica) para beneficiarios que padecen de 0, 1, 2 o 3+ de las condiciones de la lista arriba. La tasa global de hospitalización provee la tasa según las variables demográficas solamente, independientemente del número de condiciones crónicas.

^[7] Identifica la tasa de visitas al departamento de emergencias (es decir, no de una condición específica) para beneficiarios que padecen de 0, 1, 2 o 3+ de las condiciones de la lista arriba. La tasa global de visitas al departamento de emergencias proporciona la tasa según las variables demográficas solamente, independientemente del número de condiciones crónicas.

^[8] Cuatro medidas para pacientes hospitalizados que no requieren ninguna metodología previamente desarrollada y convalidada debido a su definición sencilla. Estas medidas son el promedio de días de hospitalización por admisión, el promedio del reembolso de Medicare por admisión, la tasa de admisión por el tipo de admisión, y la tasa de admisión por el destino después del alta. Se puede encontrar las definiciones de estas medidas más adelante en esta sección.

Tabla 3. Datos y Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Otras Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes

Medida	Tasas de Prevalencia, Costos, Tasas de Hospitalización, y Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias ^[1]
Otra condición incapacitante	<p>Condiciones Congénitas y de Desarrollo ^[2]</p> <ul style="list-style-type: none"> TDAH, Trastornos de la Conducta, y Síndrome Hiperactivo Trastornos del Espectro Autista Parálisis Cerebral Fibrosis Quística y Otros Trastornos de Desarrollo Metabólico Discapacidades Intelectuales y Condiciones Relacionadas Discapacidades de Aprendizaje <p>Condiciones Hepáticas ^[2]</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Hepática, Cirrosis, y Otras Condiciones Hepáticas Hepatitis Viral (General) <p>Condiciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias ^[2]</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastornos de Ansiedad Trastorno Bipolar Trastornos Depresivos Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) Trastornos de Personalidad <p>Esquizofrenia/Otros trastornos psicóticos ^[3]</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo de Tabaco Trastorno por Consumo de Opiáceos (OUD): Indicador Global del OUD, Indicador del OUD con base en el código del Diagnóstico y del Procedimiento, Indicador del OUD con base en las Hospitalizaciones y las Visitas a la Sala de Emergencias, y el Indicador del OUD con base en la Utilización de la Terapia Asistida con Medicación. ^[4] <p>Limitaciones de Movilidad y Condiciones de Dolor Crónico ^[2]</p> <ul style="list-style-type: none"> Fibromialgia, Dolor Crónico y Fatiga Esclerosis Múltiple y Mielitis Transversa Impedimentos de Movilidad Distrofia Muscular <p>Condiciones Neurológicas ^[2]</p> <ul style="list-style-type: none"> Epilepsia Migraña y Cefalea Crónica Espina Bífida y Otras Anomalías Congénitas del Sistema Nervioso Lesión Medular

Medida	Tasas de Prevalencia, Costos, Tasas de Hospitalización, y Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias ^[1]
	Lesión Cerebral Traumática y Trastornos Mentales No Psicóticos debido al Daño Cerebral Otras Condiciones Crónicas o Incapacitantes ^[2] Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) Leucemias y Linfomas Obesidad ^[3] Enfermedad Vascular Periférica (PVD) Úlceras por Presión y Crónicas Sensorial - Invidencia y Discapacidad Visual Sensorial - Sordera y Discapacidad Auditiva Otros Retrasos de Desarrollo

^[1] Se basan todas las medidas en la metodología de CCW: <https://www.ccwdata.org/web/guest/condition-categories>. Las tasas de prevalencia y los costos se basan en el 100% de las reclamaciones (tipos de reclamación dependen de la condición) y las tasas de hospitalización se basan en el 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados.

^[2] Las seis condiciones en negritas proporcionan las tasas y los costos generales de las condiciones indicadas.

^[3] La categoría "Esquizofrenia/Otros Trastornos Psicóticos," según se indica en la Tabla 2, se incluye en el cálculo de las tasas de prevalencia, los costos y las tasas de hospitalización para las "Condiciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias." Asimismo, la obesidad en la Tabla 2 se incluye en el cálculo de las tasas de prevalencia, los costos y las tasas de hospitalización de "Otras Condiciones Crónicas o Incapacitantes."

^[4] CCW ha desarrollado cuatro indicadores del Trastorno por el Consumo de Opiáceos (OUD). El Indicador 1 es un indicador general que satisface los criterios para el Indicador 2, el Indicador 3 o el Indicador 4 que siguen. El Indicador 2 identifica OUD en función de los códigos de procedimiento y diagnóstico. El Indicador 3 identifica la OUD según la hospitalización y las visitas al departamento de urgencias debido a sobredosis de opioides y eventos de intoxicación. El Indicador 4 identifica OUD de la utilización de medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de MAT como la buprenorfina y la naltrexona. Los cuatro indicadores están disponibles para las tasas de prevalencia. Solamente el Indicador 1 está disponible para el costo total, el costo ajustado por el riesgo, la hospitalización, y las visitas al departamento de emergencias. La definición detallada de los indicadores OUD está disponible en <https://www.ccwdata.org/documents/10280/19139421/other-condition-algorithms-and-reference-list-opioids.pdf>

4.1.2 Tasas de Hospitalización

La tasa de hospitalización es la frecuencia de altas hospitalarias de los pacientes internados durante un año determinado por cada 1,000 beneficiarios. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de hospitalización para 60 enfermedades crónicas y para los beneficiarios que tienen una discapacidad o ESRD (Tablas 2-3) según *las características del beneficiario* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). Las tasas de hospitalización para enfermedades cardiovasculares se calculan con la metodología de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (es decir, la lista de códigos de diagnóstico) para asegurar coherencia con el Atlas Interactivo de Enfermedades Cardiovasculares y Apoplejías de los CDC.⁶ Las tasas de hospitalización por el trastorno por consumo de opiáceos (OUD) se basan en el indicador global de OUD del CCW. Las tasas de hospitalización del resto de las condiciones crónicas se basan en los códigos de diagnóstico del CCW. Vea el Apéndice A.2.2 para una comparación directa de las metodologías de los CDC y de CCW para las enfermedades cardiovasculares. Conforme a la metodología de síntesis de datos de Medicare de los CMS para el COVID-19 (disponible en metodología de Medicare para el COVID (cms.gov)), añadimos la tasa de hospitalización por COVID-19 para 2020.

4.1.3 Hospitalizaciones Prevenibles: Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ)

Las medidas de hospitalizaciones prevenibles fueron desarrolladas por la AHRQ para medir la calidad de la atención para “condiciones sensibles de atención ambulatoria,” las cuales que se definen como condiciones para las cuales la atención ambulatoria o la intervención temprana posiblemente podría evitar la hospitalización o enfermedades más graves.⁷ Estas medidas se basan en la población y se ajustan según la edad y el sexo, pero se adoptan en el análisis de la población de Medicare FFS. La Visualización de Población de la Herramienta MMD incluye 14 hospitalizaciones prevenibles relacionadas con la población de Medicare FFS (Tabla 2) según *las características del beneficiario* (es decir, cada combinación de estado/ territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble)⁸. Se

⁶ Atlas Interactivo de Enfermedades Cardiovasculares y Apoplejías está disponible en: <https://nccd.cdc.gov/DHDSPAtlas/>

⁷ AHRQ. Resumen de los Indicadores de Calidad de la Prevención. Rockville, MD: AHRQ. Consultado en enero de 2015. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/pqi_resources.aspx

⁸ AHRQ. Especificaciones Técnicas de los Indicadores de Calidad de la Prevención. Versión 6.0 (CIE-10) Rockville, MD: AHRQ. 2021 de julio https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v2021.aspx. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx

suprimieron dos medidas de los PQI –PQI 2 y 10– en 2019. Vea el Apéndice A.2.3 para más detalles, incluyendo la metodología de los PQI de AHRQ⁹.

4.1.4 Tasas de Readmisión

Para calcular las tasas de readmisión, se utilizó la metodología estandarizada por los riesgos de los CMS de 30 días para readmisiones por todas las causas (disponible en QualityNet).¹⁰ Esta metodología requiere una tasa de readmisión estandarizada por los riesgos (RSRR), la cual se deriva con base en la proporción del número de readmisiones "pronosticadas" al número de readmisiones "esperadas" en un hospital determinado, multiplicada por la tasa de readmisión que se observa a nivel nacional. Se estima la cantidad de readmisiones pronosticadas (el numerador) mediante un modelo jerárquico de regresión logística. Con este modelo, es posible estimar cuánta variación en las tasas de readmisión al hospital se puede atribuir a los factores de riesgo de los pacientes individuales (p.ej., el sexo, la raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y el grupo etario) y cuánta variación en las tasas de readmisión al hospital se puede atribuir al hospital donde se diagnosticó la condición. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de readmisión de dos enfermedades cardiovasculares—infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca (Tabla 2)—según el estado/territorio y condado del hospital, y *las características del beneficiario* (es decir, todas las combinaciones de sexo, grupo etario, raza y etnia y razón original por la cual se tiene derecho al beneficio).¹¹ Vea el Apéndice A.2.4 para más detalles, incluyendo la metodología de CMS para tasas de readmisión.

4.1.5 Tasas de Mortalidad

Para calcular las tasas de mortalidad, se utilizó la metodología estandarizada por los riesgos de los CMS de 30 días para mortalidad por todas las causas (disponible en QualityNet).¹² Esta metodología requiere una tasa de mortalidad estandarizada por los riesgos (RSMR), la cual se deriva con base en la proporción del número de fallecimientos "pronosticados" al número de fallecimientos "esperados" en un hospital determinado, multiplicada por la tasa de mortalidad que se observa a nivel nacional. Se estima la cantidad de fallecimientos pronosticados (el numerador) mediante un modelo jerárquico de regresión logística. Con este modelo, es posible estimar cuánta variación en las tasas de mortalidad se puede atribuir a los factores de riesgo de los pacientes individuales (p.ej., el sexo, la

⁹ Anuncio: Supresión de determinados Indicadores de Calidad de la Prevención de AHRQ en la próxima versión de 2019 del *software QI*. https://www.qualityindicators.ahrq.gov//News/Retirement%20Notice_v2019_Indicators.pdf

¹⁰ QualityNet. Informes de Metodologías de Medidas. Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Consultado en enero de 2015. <https://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1163010421830&pagename=OnetPublic%2FPage%2FOnetTier4&c=Page>

¹¹ Ya que la metodología originalmente calcula las medidas a nivel del hospital, estos estimados se resumen por el condado y estado donde se ubica el hospital.

¹² QualityNet. Informes de Metodologías de Medidas. Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Consultado en enero de 2015. <https://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1163010421830&pagename=OnetPublic%2FPage%2FOnetTier4&c=Page>

raza y etnia, el grupo etario, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y el estatus de elegibilidad doble) y cuánta variación en las tasas de mortalidad se puede atribuir al hospital donde se diagnosticó la condición. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de mortalidad por dos enfermedades cardiovasculares—infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca (Tabla 2)—según el estado/territorio y condado del hospital, y *las características del beneficiario* (es decir, todas las combinaciones de sexo, grupo etario, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y raza y etnia).¹³ Vea el Apéndice A.2.5 para más detalles, incluyendo la metodología de CMS para tasas de mortalidad.

4.1.6 Tasas de Visitas al Departamento de Emergencias

La tasa de visitas al Departamento de Emergencias (DE) es la frecuencia de las visitas a un departamento de emergencias durante un año determinado por cada 1,000 beneficiarios. Esta medida incluye las visitas al DE de los datos de pacientes hospitalizados y ambulatorios, independientemente de si fueran admitidos al hospital o no. Los cálculos se basan en los registros de pacientes hospitalizados y ambulatorios. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de visitas al DE para 60 enfermedades crónicas, incluyendo el nuevo indicador global del Trastorno por Consumo de Opiáceos (OUD), también como para los beneficiarios que tienen una discapacidad o ESRD, según *las características del beneficiario* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). Vea el Apéndice A.2.6 para más detalles sobre la metodología basada en las directrices del Centro de Asistencia de Datos de Investigación (ResDAC).¹⁴

4.1.7 Tasas de Aceptación de Servicios Preventivos

Las tasas de aceptación (o uso) para servicios preventivos representan la frecuencia con la que los beneficiarios de Medicare utilizan los servicios preventivos (es decir, el porcentaje de la población), tales como los controles de detección de enfermedades, pruebas, exámenes, e inmunizaciones. Los cálculos se basan en los registros de los pacientes hospitalizados y ambulatorios y de los portadores. Las tasas de aceptación se calculan para los 27 servicios específicos que Medicare cubre.¹⁵ La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de actualización según *las características de los beneficiarios* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). La Tabla 4 demuestra la lista de servicios con los códigos incluidos del

¹³ Ya que la metodología originalmente calcula las medidas a nivel del hospital, estos estimados se resumen por el condado y estado donde se ubica el hospital.

¹⁴ Centro de Asistencia de Datos de Investigación (ResDAC). Identificando a los Beneficiarios de Medicare con elegibilidad doble en los Registros de Inscripción de Beneficiarios de Medicare. Minneapolis, MN: ResDAC. 25 de octubre de 2018 <https://resdac.org/articles/identifying-dual-eligible-medicare-beneficiaries-medicare-beneficiary-enrollment-files>

¹⁵ Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Prevention/PrevntionGenInfo/medicare-preventive-services/MPS-QuickReferenceChart-1.html>

Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en la Atención Médica (HCPCS)/Terminología Actualizada de Procedimientos (CPT). Vea el Apéndice A.2.7 para más detalles sobre la metodología

Tabla 4. Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Servicios Preventivos

Servicio preventivo	Códigos CPT/HCPCS	Criterios adicionales
Evaluaciones y asesoramiento sobre el abuso del alcohol	G0442, G0443	
Consulta anual de bienestar	G0438, G0439, 99497, 99498	Servicios limitados a beneficiarios que tienen más de 12 meses de afiliación en Medicare.
Densitometría ósea	G0130, 77078, 77080, 77081, 76977, 0554T, 0555T, 0556T, 0557T, 0558T, 77085	
Controles para detectar enfermedades cardiovasculares	80061, 82465, 83718, 84478	
Exámenes para detectar el cáncer colorrectal	G0104, G0105, G0106, G0120, G0121, 82270, 81528, G0328, 00812	Servicios limitados a beneficiarios de 50 años y mayores.
Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco	99406, 99407	
Exámenes de detección de la depresión	G0444	
Pruebas de detección de diabetes	82947, 82950, 82951	
Entrenamiento de autocontrol de la diabetes (DSMT)	G0108, G0109	
Exámenes para detectar el glaucoma	G0117, G0118	
Vacunas contra la Hepatitis B	90739, 90740, 90743, 90744, 90746, 90747, G0010	
Pruebas de detección de la Hepatitis C	G0472	
Pruebas de detección del VIH	G0432, G0433, G0435, G0475, 80081	
Vacuna contra influenza	90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90660, 90661, 90662, 90672, 90673, 90674, 90682, 90685, 90686, 90687, 90688, 90689, 90694, 90756, Q2034, Q2035, Q2036, Q2037, Q2038, Q2039, G0008	
Examen físico inicial de prevención (IPPE)	G0402, G0403, G0404, G0405, G0468	Servicios limitados a nuevos beneficiarios durante los primeros 12 meses de afiliación en Medicare
Terapia Intensiva de Conducta (IBT) por Enfermedad Cardiovascular (CVD)	G0446	
Terapia intensiva de conducta (IBT) por Obesidad	G0447, G0473	
Asesoramiento del examen de detección de cáncer pulmonar y examen anual de detección de cáncer pulmonar con tomografía computada de baja dosis (LDCT)	G0296, G0297	

Servicio preventivo	Códigos CPT/HCPCS	Criterios adicionales
Servicios de terapia médica de nutrición (MNT)	97802, 97803, 97804, G0270, G0271	
Vacuna neumocócica	90670, 90732, G0009	
Examen de detección de cáncer de próstata	G0102, G0103	Servicios limitados a hombres de 50 años y mayores.
Examen de detección de cáncer cervical con pruebas del virus del papiloma humano (VPH)	G0476	Servicios limitados a mujeres de entre 30 y 65 años.
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y Terapia Conductual de Alta Intensidad (HIBC) para Prevenir las ITS	86631, 86632, 87110, 87270, 87320, 87490, 87491, 87810, 87800, 87590, 87591, 87850, 86592, 86593, 86780, 87340, 87341, G0445	
Mamografía de evaluación	77063, 77067	Servicios limitados a mujeres de 35 años y mayores.
Prueba evaluativa de papanicolaou	G0123, G0124, G0141, G0143, G0144, G0145, G0147, G0148, P3000, P3001, Q0091	Servicios limitados a mujeres.
Examen pélvico de evaluación	G0101	Servicios limitados a mujeres
Evaluación con ecosonografía para aneurisma aórtico abdominal (AAA)	76706	

Nota: Los códigos de HCPCS/CPT en esta tabla reflejan las actualizaciones más recientes. Consulte la guía de referencia rápida de los CMS sobre los servicios preventivos para ver las descripciones de los servicios y los códigos HCPCS/CPT: <https://www.cms.gov/Medicare/Prevention/PrevntionGenInfo/medicare-preventive-services/MPS-IQuickReferenceChart-1.htm>

4.1.8 Tasas de Admisión por el Tipo de Admisión

La tasa de admisión por tipo de admisión es la frecuencia de un tipo específico de admisión como paciente hospitalizado por cada 1,000 admisiones como paciente hospitalizado durante un año. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de admisión para cuatro tipos de admisiones como paciente hospitalario - emergencia, urgente, electivo, y otro tipo - según *las características del beneficiario* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). El tipo de admisión como paciente hospitalizado se registra en las reclamaciones a Medicare. Vea el Apéndice 2. 2.8 para más detalles sobre la metodología.

4.1.9 Tasa de Admisión por el Destino después del Alta

La tasa de admisión por destino después del alta es la frecuencia de admisiones con destino específico después del alta por cada 1,000 admisiones como paciente hospitalizado durante un año. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee las tasas de admisión para cuatro diferentes destinos al momento del alta hospitalaria –hogar/cuidado personal, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de la salud en el hogar, y otros destinos– según *las características del beneficiario* (es decir, toda combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). El destino después del alta se registra en las reclamaciones a Medicare. Vea el Apéndice 2. 2.9 para más detalles sobre la metodología.

4.1.10 Complicaciones Hospitalarias Prevenibles: Indicadores de Seguridad de los Pacientes (PSI) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ)

AHRQ ha desarrollado los Indicadores de Seguridad de los Pacientes para medir la calidad de atención hospitalaria para pacientes adultos, que se enfoca en las complicaciones y efectos adversos posiblemente evitables en el hospital que ocurren posteriormente a cirugías, procedimientos, y partos.¹⁶ La Visualización de Población de la Herramienta MMD incluye 13 indicadores PSI (vea la Tabla 2) según las características del beneficiario (es decir, toda combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). Vea el Apéndice A.2.10 para más detalles, incluyendo la metodología PSI de AHRQ.

4.1.11 Promedio de Días de Hospitalización y de Reembolsos de Medicare

El promedio de días de hospitalización es el promedio de días de atención que son cubiertos por Medicare por cada admisión. El promedio de reembolsos de Medicare es la cantidad promedio que Medicare ha pagado por cada admisión. La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee el promedio de días de hospitalización y de reembolsos de Medicare según *las características del beneficiario* (es decir, toda combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble).

4.2 Visualización de Hospitales de MMD

La Tabla 5 provee una lista exhaustiva de todos los dominios, subdominios, y medidas de la Visualización de Hospitales de la Herramienta MMD.

¹⁶ Resumen de los Indicadores de Seguridad de los Pacientes. Recursos PSI. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. Consultado en mayo de 2019.
https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx

Tabla 5. Definiciones empleados en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Visualización de Hospitales

Área	Subdominio	Medidas
Readmisiones ¹⁷	Readmisiones	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de readmisión de 30 días por infarto agudo de miocardio (IAM) Tasa de readmisión de 30 días por injerto de derivación de arteria coronaria (CABG) Tasa de readmisión de 30 días por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Tasa de readmisión de 30 días por insuficiencia cardíaca (HF) Tasa de readmisión de 30 días por reemplazo de la cadera/ rodilla Tasa de readmisión hospitalaria de 30 días (en todo el hospital) Tasa de readmisión de 30 días por neumonía (PN)
Readmisiones	Visitas No Planificadas al Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de visitas al hospital no planificadas después de la colonoscopia (por cada 1,000 colonoscopias) Días de regreso al hospital para pacientes con ataque al corazón Días de regreso al hospital para pacientes con insuficiencia cardíaca Días de regreso al hospital para pacientes con neumonía
Seguridad	Indicadores de Seguridad del Paciente (PSI)	<ul style="list-style-type: none"> PSI 3: Úlceras por presión PSI 4: Muerte entre pacientes con complicaciones graves tratables después de la cirugía. PSI 6: Colapso pulmonar por tratamiento médico PSI 8: Fractura de cadera por una caída después de la cirugía PSI 9: Tasa de hemorragia o hematoma perioperatorio PSI 10: Tasa de lesión renal aguda postoperatorio que requiere diálisis PSI 11: Tasa de fracaso respiratorio postoperatorio PSI 12: Coágulos sanguíneos graves después de la cirugía PSI 13: Infecciones del torrente sanguíneo después de la cirugía (sepsis) PSI 14: Herida abierta después de la cirugía en el abdomen o la pelvis PSI 15: Cortadas accidentales y rasgaduras del tratamiento médico
Seguridad	Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de Mortalidad de 30 días por infarto agudo de miocardio (IAM) Tasa de Mortalidad de 30 días por injerto de derivación de arteria coronaria (CABG) Tasa de Mortalidad de 30 días por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Tasa de Mortalidad de 30 días por insuficiencia cardíaca (HF) Tasa de Mortalidad de 30 días por neumonía (PN) Tasa de Mortalidad de 30 días por apoplejía cerebral (STK)

¹⁷ Todas las medidas de readmisión son basadas en una tasa estandarizada de riesgo de 30 días.

Área	Subdominio	Medidas
Seguridad	Infecciones asociadas a la atención médica (HAI)	<p>Relaciones de infección estándar (SIR) para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea central – infecciones del torrente sanguíneo asociadas (CLABSI) en UCI y salas seleccionadas • Línea central – infecciones de las v161as urinarias (CAUTI) en UCI y salas seleccionadas • Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) por cirugía de colon • Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) por histerectomía abdominal • Infecciones sanguíneas por Staphylococcus Aureus resistente a la Metilina (MRSA) • Infecciones intestinales por Clostridium difficile (C.diff.)
Seguridad	Complicaciones de cadera/rodilla	Complicaciones de cadera/rodilla
Gastos de Medicare	Valor del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Valor del cuidado de la medida por ataque cardíaco • Valor del cuidado de la medida por reemplazo de la cadera/ rodilla • Valor del cuidado de la medida por insuficiencia cardíaca • Valor del cuidado de la medida por neumonía • Gastos de Medicare por Beneficiario
Experiencia del paciente	Encuesta de evaluación del consumidor del hospital de proveedores y sistemas de atención médica (HCAHPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Transición del cuidado - calificación por estrellas • Limpieza - calificación por estrellas • Comunicación sobre medicamentos - calificación por estrellas • Información al alta - calificación por estrellas • Comunicación con el doctor - calificación por estrellas • Comunicación con la enfermera - calificación por estrellas • Calificación general del hospital - calificación por estrellas
Compras basadas en el valor del hospital (HVBP)	Ninguna	<p>Puntuaciones no ponderadas para cada área de las HVBP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación no ponderada del área de cuidado clínico normalizada • Puntuación no ponderada del área de eficiencia normalizada • Puntuación no ponderada del área de la experiencia de cuidado centrada en el paciente y cuidador/coordinación de cuidado • Puntuación no ponderada del área de seguridad normalizada • Puntuación de Rendimiento Total (TPS)¹⁸

¹⁸ Cada puntaje no ponderado es igualmente ponderado para calcular el Puntaje de Rendimiento Total (TPS).

Área	Subdominio	Medidas
Informes de calidad de instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados (IPFQR)	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de uso de restricción física • Horas de reclusión • Pacientes dados de alta con múltiples medicamentos antipsicóticos con justificación adecuada • Inmunización contra influenza • Intervención breve proporcionada u ofrecida por el consumo de alcohol • Intervención breve por el consumo de alcohol • Tratamiento por el consumo de tabaco proporcionado u ofrecido (durante la estadía en el hospital) • Tratamiento por el consumo de tabaco (durante la estadía en el hospital) • Tratamiento por el consumo de tabaco proporcionado u ofrecido en el momento del alta • Tratamiento por el consumo de tabaco en el momento del alta • Continuación de la medicación tras el alta hospitalaria de un paciente psiquiátrico
Sistema de pago prospectivo (PPS) - Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos (PCHQR)	Cuidados oncológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Atención para el Dolor - Oncología Médica y Oncología Radioterápica
Prospective Payment System (PPS) – Exempt Cancer Hospital Quality Reporting (PCHQR)	Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	<ul style="list-style-type: none"> • Clostridium difficile (C.Diff): Razón estandarizada de infección (SIR) • Bacteriemia por SARM: Razón estandarizada de infección (SIR) • Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Cirugía de colon Razón estandarizada de infección (SIR) • Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Histerectomía abdominal: Razón estandarizada de infección (SIR) • Cobertura de la vacuna para la influenza entre el personal sanitario: Tasa de adherencia
Prospective Payment System (PPS) – Exempt Cancer Hospital Quality Reporting (PCHQR)	Experiencia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación por estrellas de la encuesta para las dimensiones de la encuesta HCAHPS enumeradas en el área de Experiencia del Paciente.
Cuidados Efectivos	Cuidados Efectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado apropiado para sepsis severa y choque séptico

4.2.1 Tasas de Readmisión y Visitas No Planificadas al Hospital

Las tasas de readmisión representan la tasa estandarizada por los riesgos de los CMS de 30 días para readmisiones por todas las causas (RSRR), la cual se obtiene con el siguiente cálculo:

RSRR = (Tasa de Readmisión Pronosticada/Tasa de Readmisión Esperada)*Promedio de la Tasa Nacional No Ajustada de Readmisión (o Visitas No Planificadas al Hospital) por Condición.¹⁹

La Tabla 6 proporciona las tasas nacionales no ajustadas de readmisión por condición.

Tabla 6. Promedio de la Tasa Nacional No Ajustada de Readmisión (o Visitas No Planificadas al Hospital) por Condición²⁰

Condiciones	Tasa
Infarto de Miocardio Agudo (AMI)	15.7%
Cirugía de Injerto de Derivación de las Arterias Coronarias (CABG)	12.8%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)	19.0%
Insuficiencia Cardíaca (HF)	21.6%
Reemplazo de Cadera/Rodilla	4.0%
Neumonía (PN)	16.6%
Colonoscopia (tasa de visitas no planificadas al hospital)	16.4%

Se estima la cantidad de readmisiones pronosticadas mediante un modelo jerárquico de regresión logística. Con este modelo, es posible estimar cuánta variación en las tasas de readmisión al hospital se puede atribuir a los factores de riesgo de los pacientes individuales (p.ej., el sexo, la raza y etnia, estatus de elegibilidad doble, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y el grupo etario) y cuánta variación en las tasas de readmisión al hospital se puede atribuir al hospital donde se diagnosticó la condición.

La tasa de visitas no planificadas al hospital después de una colonoscopia ambulatoria informa la tasa estandarizada de 7 días de visitas al hospital luego de una colonoscopia ambulatoria. Los días de regreso al hospital suman el número de días que los pacientes pasaron en el hospital de nuevo (en el departamento de emergencias, en observación, o en una unidad para pacientes hospitalizados) dentro de 30 días a partir de la fecha del tratamiento y alta inicial. Estas medidas comparan los días de regreso de cada hospital con los resultados de un hospital promedio con pacientes similares para así determinar si este hospital tiene un número de días mayor, similar, o menor del promedio.

4.2.2 Seguridad del Paciente

Existen cuatro subdominios dentro del dominio de seguridad: (1) Indicadores de Seguridad del Paciente (PSI); (2) Infecciones Asociadas a la Atención Médica (HAI); (3) Mortalidad, y (4) Complicaciones de Cadera/Rodilla.

¹⁹ Las Tasas Previstas de Readmisión y las Tasas Esperadas de Readmisión se pueden encontrar en el conjunto de datos del Programa para la Reducción de Readmisiones al Hospital (HRRP) en la Comparación de Hospitales. Estas tasas están disponibles solamente para los hospitales que participan del HRRP. Se recopilan datos del 1.º de julio de 2015 al 30 de junio de 2018.

²⁰ Las Tasas Nacionales No Ajustadas de Readmisión por Condición se pueden encontrar en el conjunto de datos sobre Visitas no Planificadas al Hospital en Comparación de Hospitales. Se recopilan datos del 1.º de julio de 2015 al 30 de junio de 2018.

Indicadores de Seguridad del Paciente Mortalidad (PSI) y Mortalidad

Los PSI representan las complicaciones que los pacientes experimentan posteriormente al tratamiento. Los subdominios de PSI y mortalidad incluyen las tasas de complicaciones y mortalidad de los pacientes posteriores al tratamiento. Las tasas de PSI y mortalidad se asignan un puntaje compuesto como métrica de evaluación. Un puntaje compuesto es la combinación de dos o más puntajes individuales en una medida que da como resultado un solo puntaje.²¹ Las medidas se basan en los PSI de AHRQ. Vea el Apéndice B.2.2 para una lista de PSI.

Tasa de Complicaciones para Pacientes de Reemplazo de Cadera/Rodilla

Esta medida informa la tasa de complicaciones estandarizada por los riesgos (RSCR) al nivel del hospital tras un procedimiento electivo de artroplastia total de la cadera (THA) y artroplastia total de la rodilla (TKA).

Infecciones Asociadas con la Atención Médica (HAI)

Las HAI son infecciones que los pacientes pueden adquirir cuando reciben tratamientos médicos en una instalación de cuidados médicos.²² Aunque frecuentemente son evitables, estas infecciones son una amenaza mayor para la seguridad del paciente.²³ Las HAI en la Visualización de Hospitales incluyen las proporciones de infección para las siguientes condiciones:

- Línea central – infecciones del torrente sanguíneo asociadas (CLABSI) en las UCI y salas seleccionadas;
- Infecciones del tracto urinario asociados con el uso de catéteres (CAUTI) en UCI y salas seleccionadas;
- Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) por cirugía de colon;
- Infecciones del sitio quirúrgico (SSI) por procedimientos de histerectomía;
- Staphylococcus Aureus Resistente a la Meticilina (MRSA); y
- Eventos de Clostridium difficile (C.diff) identificados en laboratorio

Vea el Apéndice B.2.2 para la descripción de estas medidas y la metodología que se utilizó para desarrollar el puntaje.

4.2.3 Gastos de Medicare

Existen cuatro medidas de Pagos y Valor del Cuidado dentro del dominio de gastos de Medicare. Las medidas de Pagos y Valor del Cuidado se incluyen en la Visualización de Hospitales de MMD para estas cuatro condiciones:

- Ataque al Corazón;

²¹ Foro Nacional de Calidad. Marco de evaluación de medida compuesta y estándares nacionales de consenso voluntario para la mortalidad y la seguridad: medidas compuestas. Washington, DC: Foro Nacional de Calidad; agosto de 2009. Consultado el 3 de julio de 2018.

²² Vea <https://www.cdc.gov/hai/surveillance/index.html>. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Consultado el 3 de julio de 2018.

²³ *Ibid.*

- Reemplazo de Cadera/Rodilla;
- Insuficiencia Cardíaca; y
- Neumonía

Las medidas de Pagos y Valor del Cuidado proveen el pago promedio y el valor del cuidado según la condición, relacionando el pago con las tasas de complicaciones y mortalidad. Las tasas de complicaciones y mortalidad en conjunto con los gastos de Medicare sirven como una medida para el valor del cuidado en relación con otros hospitales.

Además, hay una medida de Gastos de Medicare por Beneficiario (MSPB). La Medida de Gastos de Medicare por Beneficiario (MSPB) evalúa los pagos de la Parte A y la Parte B de Medicare por los servicios brindados a un beneficiario de Medicare durante un episodio de gasto-por-beneficiario que abarca el período desde los tres días antes de la admisión en calidad de paciente hospitalario hasta 30 días después del alta. Los pagos incluidos en esta medida son estandarizados por el precio y ajustados por el riesgo. La estandarización por el precio elimina las fuentes de variación que se deben a diferencias en el pago por geografía, tales como el índice de sueldos y diferencias en costos por prácticas geográficas, también como la educación médica indirecta (IME) o pagos a hospitales con cantidades desproporcionadas de pacientes de bajos ingresos (DSH). El ajuste por el riesgo toma en cuenta la variación que se debe al estado de salud de los pacientes. Esta medida es una proporción. Una proporción mayor de 1 indica un nivel de gastos más alto en relación con el nivel de gastos medio a nivel nacional; y una proporción menor de 1 indica un nivel de gastos menor del nivel de gastos medio a nivel nacional.

4.2.4 Experiencia del Paciente

El dominio de experiencia del paciente se basa en las respuestas de los pacientes a la Encuesta de Evaluación del Consumidor del Hospital de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (HCAHPS). Las repuestas de los pacientes a la encuesta se resumen en una calificación por estrellas (con un máximo de cinco estrellas) para cada dimensión de la experiencia del paciente. Vea el Apéndice B.2.3 para una lista de las dimensiones de la experiencia del paciente.

4.2.5 Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP)

Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP) es un programa de incentivos que los CMS administra y que ofrece pagos de incentivo a los hospitales según la calidad de atención que brindan a sus beneficiarios de Medicare. Aproximadamente 2,800 hospitales participan en el programa HVBP.

En el programa HVBP, CMS hace pagos de incentivo a los hospitales con base en su desempeño en los siguientes dominios:

- Atención Clínica;
- Eficiencia;

- Experiencia de Cuidado/Administración de Cuidados Centrada en el Paciente y Cuidador ²⁴; y
- Seguridad

Medicare hace los pagos de incentivo a los hospitales con base en uno de los siguientes:

- Su buen desempeño en cada medida, en comparación con el desempeño de otros hospitales durante un período de referencia; o
- El nivel de mejoramiento de su desempeño en cada medida, en comparación con su desempeño durante un período de referencia.

Vea el Apéndice B.2.4 para las descripciones de la metodología utilizada para el cálculo del Puntación de Rendimiento Total (TPS), la ponderaciones, las medidas, y los términos de HVBP.

4.2.6 Informes de Calidad de Instalaciones Psiquiátricas para Pacientes Hospitalizados (IPFQR)

El Programa de Calidad de Instalaciones Psiquiátricas para Pacientes Hospitalizados (IPFQR) proporciona datos sobre las medidas de calidad con el fin de evaluar y promover mejoras a la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes con enfermedades mentales.²⁵ Vea el Apéndice B.2.5 para una lista de medidas IPFQR.

4.2.7 Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) (PCHQR)

Los once hospitales que se han designados como Hospitales Oncológicos (PCHQR) Exentos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) en la sección (1886)(d)(1)(B)(v) de la Ley de Seguro Social se excluyen del pago en el Sistema de Pagos Prospectivos de Pacientes Hospitalizados (IPPS).²⁶ Se establecieron los PCHQR en la sección 3005 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) para asegurar que los proveedores estén conscientes de las mejores prácticas para sus instalaciones y tipos de atención respectivos y que informen sobre éstos, así incentivando a los hospitales y clínicos a mejorar la calidad de la atención hospitalaria que proveen a los beneficiarios de Medicare.²⁷ Vea el Apéndice B.2.6 para una lista de medidas PCHQR.

²⁴ Comenzando en el Año Fiscal 2019, CMS cambiará el nombre del dominio de “Experiencia de Cuidado/Administración de Cuidados Centrada en el Paciente y Cuidador” a “Compromiso con la Persona y la Comunidad.” Fuente: <https://qualitynet.cms.gov/inpatient/hvbp/measures>

²⁵ Vea <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/IPFQR.html>. Consultado el 3 de julio de 2018.

²⁶ Vea <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/PCHQR.html>. Consultado el 3 de julio de 2018.

²⁷ *Ibid.*

4.2.8 Cuidados Efectivos

El dominio de cuidados efectivos incluye una medida que informa el porcentaje de pacientes que han recibido cuidados apropiados por sepsis severa y choque séptico (es decir, Conjunto de Administración Temprana, Sepsis Severa/Choque Séptico).

5. Análisis de Medidas por el Número de Condiciones Crónicas en la Visualización de Población

Según las 18 condiciones crónicas (vea Tabla 2) investigadas en la Herramienta MMD (Infarto Agudo De Miocardio, Enfermedad de Alzheimer, Trastornos Relacionados o Demencia Senil, Asma, Fibrilación Atrial, Cáncer, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD), Depresión, Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, Hiperlipidemia (Colesterol Elevado), Hipertensión, Enfermedad Isquémica Cardíaca, Obesidad, Osteoporosis, Artritis Reumatoide/Osteoartritis, Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos, Apoplejía/Ataque Isquémico Transitorio), una variable categórica se calcula representando el número total de condiciones por cada beneficiario: ninguna condición, una condición, dos condiciones, y tres o más condiciones. Se excluye la discapacidad y ESRD de este cómputo y análisis. También se excluyeron de este cómputo y análisis la categoría de “otras condiciones crónicas o posiblemente incapacitantes” (vea Tabla 3).

La Visualización de Población de la Herramienta MMD provee el número de condiciones según *las características de los beneficiarios* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble). Con estas categorías, se pueden investigar las tasas de prevalencia, hospitalización, y DE, también como los costos totales. Vea el Apéndice A.2.7 para más detalles sobre la metodología utilizada para determinar múltiples condiciones crónicas.

6. Estandarización de las Medidas por la Edad en la Visualización de Población

Además de proveer las tasas reales para cada medida, la Herramienta MMD también permite la selección de tasas ajustadas por la edad. Al elegir esta opción, la Herramienta MMD estandarizará por edad cada medida mediante la aplicación de una ponderación a la tasa de cada grupo etario con base en la distribución por edad a nivel nacional de la población de Medicare para la medida seleccionada. Este enfoque permite comparar las tasas entre regiones (p.ej., estado/territorio o condado) con distintas distribuciones etarias. Vea el Apéndice A para más detalles sobre la metodología utilizada para estandarizar las medidas por la edad.

7. Distribución Espacial Uniforme de las Medidas en la Visualización de Población

La Herramienta MMD también permite la distribución espacial uniforme de todas las medidas, salvo las que son relacionadas con los costos. La distribución espacial uniforme puede ayudar a reducir tanto el ruido aleatorio en los datos como el nivel de supresión de datos al aumentar el tamaño de las celdas.

Denominada *la estimación de la contracción*, la noción básica es que los estimados con distribución uniforme para cada área geográfica “prestan fuerza” (o precisión) de los datos de otras áreas, en una cantidad que depende de la precisión del estimado bruto de cada área. Por ejemplo, una tasa de prevalencia en un área X (es decir, un condado en la Herramienta MMD) se ajusta mediante la combinación de la tasa de prevalencia en el área X y las tasas de prevalencia en los alrededores (es decir, los condados cercanos). Para más detalles, refiérase a Marshall (1991).²⁸

La Herramienta MMD no proporciona medidas con distribución uniforme para las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana, ya que no se dispone de datos a nivel del condado para estos territorios en la Herramienta MMD.

8. Población del Análisis en la Visualización de Población

La Visualización de Población de la Herramienta MMD demuestra la población del análisis que se utiliza para cada medida dentro de *las características de los beneficiarios* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, raza y etnia, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y estatus de elegibilidad doble).

- 11-499; 500-999; 1,000-4,999; 5,000-9,999; y 10,000+

Si el tamaño de la población para una subpoblación, que se obtiene de una combinación específica de las características del beneficiario, es menos de 11, la medida para esta subpoblación no se presenta en la Herramienta MMD. Vea la siguiente sección para más detalles sobre la supresión.

Ya que las tasas de readmisión y de mortalidad se basan en el índice de admisiones y no en el número de beneficiarios, la Herramienta MMD no provee las categorías de la población del análisis para tasas de readmisión y mortalidad.

²⁸ Marshall, RJ. Proyectando las tasas de enfermedad y mortalidad utilizando los estimadores empíricos de Bayes. *Journal of the Royal Statistical Society. Serie C (Estadística Aplicada)*, 1991; 40(2):283-294.

9. Supresión en la Visualización de Población

Para mantener la confidencialidad y la privacidad de los beneficiarios, los datos subyacentes no constituyen información médica que identifique a individuos según la definición del término en la Regla de Privacidad de Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Con la excepción de las medidas de mortalidad y readmisión, la supresión de datos se efectúa de la siguiente manera:

- Una celda (indicada por una combinación de variables demográficas) debe tener al menos once (11) individuos, que equivale al valor del denominador, o dicha celda será completamente omitida de la Herramienta MMD.
- En lugar de los valores reales del denominador, las siguientes cinco (5) categorías aparecerán en el lugar del denominador: (11 – 499; 500 – 999; 1,000 – 4,999; 5, 000 – 9, 999; $\geq 10, 000$).
- Cuando se informan los porcentajes - cualquier porcentaje para el cual menos de tres pero más de cero personas componen el numerador subyacente, el porcentaje se fija en cero por ciento. Cualquier variable en dólares correspondiente se omite.

10. Utilizando la Herramienta MMD

10.1 Visualización de Población

La Herramienta MMD permite que los usuarios generen consultas paso a paso. Primero, el usuario debe seleccionar una opción a nivel de estado/territorio o condado y segundo, la medida que le interesa, el dominio seguido por una de las 60 condiciones crónicas. Luego, siguiendo el Paso 4 a continuación, el usuario puede empezar a filtrar los resultados según las características del beneficiario o dejar uno o más de las pestañas sin tocar, cuyo valor por defecto es “Todos” o “Todas.” Tenga en cuenta que, al visualizar los resultados, la leyenda cambiará según la selección de los filtros escogidos. La leyenda intrínsecamente dinámica muestra clasificaciones relativas en vez de fijar límites de leyenda, y las calificaciones se vuelven a calcular para cada conjunto de filtros sumando los resultados para una consulta específica y dividiendo los datos en 10 grupos iguales (deciles). Esto se hace para explicar la variación de los datos que aparecen en el mapa. Estos son los pasos básicos para construir una consulta:

Paso 1. Seleccione el año para su consulta.

- Escoja entre 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020 en la pestaña de **Año**.

Paso 2. Seleccione el enfoque de su consulta.

- Escoja entre las opciones a nivel estado/territorio o de condado en la pestaña de **Geografía**.

Paso 3. Seleccione la medida.

- Escoja entre las medidas (tasas de prevalencia, costos totales ajustados por el riesgo, costos totales, costos principales, PQI, hospitalizaciones, tasas de readmisión, tasas de mortalidad, tasas de vistas al DE, servicios preventivos, y medidas de pacientes hospitalizados) en la pestaña de **Medida**.

Paso 4. Seleccione el método de ajuste.

- Escoja entre las opciones de ajuste (real, estandarizado por edad, con distribución uniforme, con distribución uniforme y estandarizada) en la pestaña de **Ajuste**.

Paso 5. Seleccione el dominio.

- Escoja entre las principales condiciones crónicas, las condiciones crónicas o potencialmente incapacitantes o el COVID-19 en el menú de **Dominio**.²⁹

Paso 6. Seleccione la condición/servicio.

- Para todas las opciones en la pestaña de **Medida**, salvo los servicios preventivos, escoja una de las condiciones crónicas o el COVID-19 en la pestaña de **Condición/Servicio**. El usuario no puede elegir más de una condición a la vez para revisión.
- Para los servicios preventivos en la pestaña de Medida, escoja uno de los servicios preventivos en la pestaña de **Condición/Servicio**.

Paso 7. Seleccione las características del paciente.

La Herramienta MMD permite al usuario filtrar según las características del beneficiario:

- Escoja entre masculino o femenino en la pestaña de **Sexo**.
- Escoja entre cuatro grupos etarios (menores de 65, 65 a 74, 75 a 84, 85 y mayores) en la pestaña de **Edad**.
- Escoja entre Medicare solamente y la elegibilidad doble en la pestaña de **Elegibilidad Doble**.
- Escoja entre siete grupos raciales y étnicos (todas, blanco, negro, asiático/isleño del Pacífico, otro, hispano, nativo americano/nativo de Alaska) en la pestaña de **Raza y Etnia**.
- Escoja entre cinco razones originales por las cuales se tiene derecho a los conjuntos de beneficios (Todas, Vejez y Seguro de Supervivencia, Beneficios del Seguro de Discapacidad [DIB], Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), tanto DIB como ESRD) en la pestaña de **Elegibilidad para Medicare**.

²⁹ Cuando se seleccionan servicios preventivos en la pestaña de Medida, se desactiva la elección hecha en la pestaña de Dominio.

Paso 8. Seleccione el análisis.

- Escoja entre cinco análisis (medida base, diferencias entre grupos raciales y étnicos en el condado, diferencias con respecto al promedio del estado/territorio, diferencias entre los condados rurales y urbanos en el estado, y diferencias con respecto al promedio nacional) en la pestaña de **Análisis**.

Paso 9. Seleccione un sexo, edad, estatus de elegibilidad, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio o raza y etnia de comparación.

- Si se elige una opción distinta a la medida base en la pestaña de **Análisis** (diferencias entre grupos raciales y étnicos en el condado, diferencias con respecto al promedio del estado/territorio, diferencias entre los condados rurales y urbanos en el estado, y diferencias con respecto al promedio nacional) puede comparar a una población con otra según el sexo, edad, estatus de elegibilidad, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio o raza y etnia. Elija comparar datos entre dos categorías de sexo (masculino o femenino) en la pestaña de **Género de Comparación**. Seleccione uno de cuatro grupos etarios (<65, 65-74, 74-84, 85+) en la pestaña de **Edad de Comparación**, la elegibilidad (doble y no doble, Medicare solamente, doble solamente) en la pestaña de **Comparación de doble elegibilidad**, cinco razones originales por las cuales se tiene derecho a conjuntos de beneficios (Todas, Vejez y Seguro de Supervivencia, Beneficios del Seguro de Discapacidad [DIB], Enfermedad Renal en Etapa Final
- (ESRD), tanto DIB como ESRD) en la pestaña de **Comparación de la elegibilidad para Medicare**, o siete grupos raciales o étnicos diferentes (Todas, blanco, negro, asiático/isleño del Pacífico, otro, hispano, nativo americano/nativo de Alaska) en la pestaña de **Raza y etnia de comparación**. Tenga en cuenta que no podrá seleccionar las opciones de **Comparación** si se consulta la **Medida Base** de la pestaña de **Análisis**.

Esta opción permite que los usuarios examinen:

- Disparidades (o diferencias) entre diferentes grupos dentro de un condado.
- Disparidades (o diferencias) entre diferentes grupos en un condado determinado y el promedio nacional de un grupo racial y étnico de comparación.
- Disparidades (o diferencias) entre diferentes grupos en un condado determinado y el promedio del estado/territorio de un grupo racial y étnico de comparación.
- Disparidades (o diferencias) entre distintos grupos en condados urbanos y condados rurales en un estado.
- Diferencias en las disparidades entre distintos grupos a nivel de condado y las disparidades para el mismo grupo o para grupos diferentes a nivel de estado/territorio.

Para entender mejor la importancia de las disparidades, la Visualización de Población provee información sobre la población total de la cual se computan las estadísticas, también como las estadísticas mismas. También toma en cuenta las selecciones del usuario, determina el tamaño de la población de interés, y computa las tasas o valores especificados.

10.2 Visualización de Hospitales

La Visualización de Hospitales permite que los usuarios generen consultas paso a paso. Primero, el usuario deberá seleccionar una opción a nivel de estado/territorio o de país. Segundo, el hospital de interés. Tercero, el dominio de la medida y los subdominios de la medida. Estos son los pasos básicos para construir una consulta:

Paso 1. Seleccione el Estado o Condado.

- Escoja cualquier estado/territorio o país de los menús desplegables de **Estado o Condado**.

Nota: al seleccionar un estado, se filtrará automáticamente la lista de condados y hospitales para mostrar las opciones dentro del estado. La selección subsiguiente de un condado filtrará más la lista de hospitales para mostrar solamente aquellos dentro del condado seleccionado.

Paso 2. Seleccione el hospital.

- Escoja cualquier hospital que se ubica en el estado/territorio o condado que se seleccionó en el Paso 1 del menú desplegable de **Hospital**.

Paso 3. Seleccione el Dominio de la Medida.

- Escoja de entre los dominios: Utilización Hospitalaria Evitable, Seguridad del Paciente, Gastos de Medicare, o Experiencia del Paciente.

Paso 4. Seleccione el Subdominio de la Medida.

- Seleccione un subdominio de medida basado en el Dominio de Medida seleccionado.

Paso 5. Seleccione la condición.

Escoja una de las condiciones crónicas en la pestaña de **Visualización de Condiciones por Mapa**. El usuario no puede elegir más de una condición a la vez para revisión. *Nota: la condición que se selecciona en este menú se utiliza para el código de color de la visualización geográfica, y también se destaca en la tabla de comparación en color anaranjado.*

Paso 6. Seleccione la(s) Comparación(es).

Escoja un grupo de hospitales para comparar con el hospital seleccionado en los menús desplegables de Grupo de Comparación por Geografía, Tipo del Hospital, y Tamaño del Hospital. Si no se cambia ninguna entrada en los menús, el grupo de comparación por defecto será todos los hospitales en el conjunto de datos de Comparación de Hospitales.

Con el nuevo menú de "Representación de Mapa de Condado/Estado," los usuarios también pueden elegir demostrar en el mapa las medidas a nivel del estado o condado.

11 Otras Funciones de la Herramienta MMD

11.1 Visualización de Población

Visualización de Tendencias: La Herramienta MMD permite a los usuarios analizar las tendencias para todas las medidas de salud. Al seleccionar un condado y luego la “Visualización de Tendencias,” los usuarios pueden ver gráficos lineales para las métricas seleccionadas junto con referencias indicadores a nivel estatal y nacional. Esta visualización también permite que los usuarios descarguen la imagen que resulte en sus computadoras.

Visualización del Perfil del Condado/Estado/País: La Herramienta MMD provee una lista de variables socioeconómicas procedentes de la Oficina del Censo de los EE. UU. para cada condado, estado y para el país, incluyendo: ingresos familiares promedios, distribución por raza y etnia, tasa del seguro según el tipo de seguro y el grupo etario, tasa de desempleo, porcentaje por debajo del nivel de pobreza y la tasa de alfabetización. Al seleccionar un condado y luego la “Visualización de Perfil del Condado,” “Visualización de Perfil del Estado,” o “Visualización de Perfil del País,” los usuarios pueden ver estas variables socioeconómicas para el condado seleccionado, el estado en el que se ubica el condado, y el país. Si se selecciona “Estado” en la pestaña de “Geografía,” solamente la “Visualización de Perfil del Estado” y la “Visualización de Perfil del País” estarán disponibles. Las variables socioeconómicas no son específicas a la población de Medicare, pero algunas variables incluyen datos para personas de 65 años o mayores. Tenga en cuenta que la información presentada en la Visualización de Perfil del Condado, del Estado y del País son independientes de las selecciones que los usuarios realizan en las pestañas y las consultas resultantes. Vea Apéndice A para más detalles sobre los datos socioeconómicos disponibles en la Herramienta MMD.

Debido al tamaño de ciertos territorios estadounidenses, los datos de perfil del condado y del estado no están disponibles para las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Descargar los Datos: La Visualización de Población permite que los usuarios descarguen los datos consultados, además de los valores categorizados de los denominadores (p.ej., el tamaño de la población) y los indicadores urbanos/rurales de los condados y estados, mediante el botón de “Descargar los Datos” que se encuentra debajo de las pestañas de consulta al lado izquierdo. Esta función les permite a los usuarios guardar los datos en sus computadoras en formato .csv.

Descargar el Mapa: La Visualización de Población permite que los usuarios descarguen la imagen correspondiente a los datos consultados a través del botón de “Descargar el Mapa” que se encuentra debajo de las pestañas de consulta al lado izquierdo. Esta función les permite a los usuarios guardar la imagen en sus computadoras en formato .png.

Descargar los Datos del Perfil del Condado/Estado/País: La Visualización de Población permite que los usuarios descarguen los datos de perfil del condado/estado/país a través del botón de "Descargar los Datos del Perfil del Condado/Estado/País" que se encuentra debajo de las pestañas de consulta al lado izquierdo. Esta función les permite a los usuarios guardar los datos en sus computadoras en formato .csv.

11.2 Visualización de Hospitales

Visualización de Hospitales contra el Promedio del Grupo de Comparación: La Visualización de Hospitales permite que los usuarios observen el desempeño del hospital comparado con el promedio de un grupo de comparación (por ejemplo, un grupo de referencia seleccionado según la geografía, el tipo del hospital, y el tamaño del hospital. La Visualización de Hospitales genera tablas y gráficos que tendrán datos para el desempeño del hospital y el promedio del valor de la medida del grupo de comparación seleccionado. Esta visualización también permite que los usuarios descarguen la imagen que resulte en sus computadoras.

Descargar los Datos: La Visualización de Población permite que los usuarios descarguen los datos consultados a través del botón de "Descargar los Datos del Subdominio del Hospital" que se encuentra debajo de las pestañas de consulta al lado izquierdo. Esta función les permite a los usuarios guardar los datos en sus computadoras en formato .csv. Se descargan los datos para el subdominio seleccionado, incluyendo todas las medidas del subdominio, y se proveen los valores de las medidas para el hospital y grupo de comparación seleccionados.

Descargar el Mapa: La Visualización de Hospitales permite que los usuarios descarguen la imagen correspondiente a los datos consultados a través del botón de "Descargar el Mapa" que se encuentra debajo de las pestañas de consulta al lado izquierdo. Esta función les permite a los usuarios guardar la imagen en sus computadoras en formato .png

Apéndice A: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Población

A.1 Datos

La Herramienta MMD utiliza los datos de reclamaciones administrativas de los CMS de 2012 a 2020, correspondientes a los beneficiarios de Medicare afiliados en el programa FFS, las cuales están disponibles de los CMS a través del CCW.³⁰ Estos archivos de reclamos se conocen como RIF de CMA, que consisten en:

- 100% de las RIF para Pacientes Hospitalizados con reclamaciones de hospitales con pacientes internados

³⁰ Vea www.ccwdata.org. Se puede acceder a los diccionarios de datos para las RIF de CMS en www.resdac.org.

- 100% de las RIF de Centros de Enfermería Especializada (SNF) con reclamaciones de proveedores SNF
- 100% de las RIF de Hospicios con reclamaciones de proveedores de servicios de hospicio
- 100% de las RIF de Agencias de Cuidado de Salud en el Hogar (HHA) con reclamaciones de proveedores HHA
- 100% de las RIF de Pacientes Ambulatorios con reclamaciones de proveedores institucionales
- 100% de las RIF de Portadores (también conocido como el Expediente de Médicos/Suministradores de la Parte B) con reclamaciones de proveedores no institucionales
- 100% de las RIF de Equipos Médicos Duraderos (DME) con reclamaciones de suministradores de DME
- 100% de las RIF de Expedientes de Reclamaciones de Pacientes Hospitalizados de la Base de Datos de Variación Geográfica

Las características del beneficiario del MBSF³¹ están disponibles para generar análisis estratificados:

- Estado/territorio: Estado/territorio de residencia del beneficiario
- Condado: País de residencia del beneficiario
- Edad: Edad del beneficiario al final del año anterior
- Sexo: Sexo del beneficiario
- Elegibilidad doble: Los beneficiarios que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, independientemente del nivel de asistencia del estado/territorio³²
- Raza y Etnia: Raza o etnia del beneficiario³³
- Razón original por la cual se tiene derecho al beneficio: Razón original por la cual el beneficiario tiene derecho a Medicare

A.2 Metodología Ampliada

A.2.1 Tasas de Prevalencia y Costos Totales

Las condiciones crónicas se identifican utilizando los códigos de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), 9.^a edición, para reclamaciones con fechas de servicio antes del 1.^o de octubre de 2015, y los códigos de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 10.^a edición, para las reclamaciones con fechas de servicio del 1.^o de

³¹ El diccionario de datos está disponible en: <https://ccwdata.org/web/guest/data-dictionaries>

³² Centro de Asistencia de Datos de Investigación (ResDAC). Identificando a los Beneficiarios de Medicare con elegibilidad doble en los Registros de Inscripción de Beneficiarios de Medicare. Minneapolis, MN: ResDAC. 25 de octubre de 2018. <https://resdac.org/articles/identifying-dual-eligible-medicare-beneficiaries-medicare-beneficiary-enrollment-files>

³³ Específicamente, esta es la variable RTI_RACE_CD en el MBSF. La raza y etnia de un beneficiario de Medicare se basa en la variable de definición de raza atribuida que ha creado el Research Triangle Institute (RTI). La definición de raza del RTI amplía la clasificación de la Administración del Seguro Social de la raza y etnia de un beneficiario, la cual se designa al nacer. La variable de raza del RTI atribuye la raza para los hispanos y asiáticos/isleños del Pacífico con base en las listas de apellidos de las personas de origen hispano y asiático/isleño del Pacífico del censo, así como la geografía. Las clasificaciones de raza y etnia son: blanco no hispano, negro o afroamericano, asiático/ isleño del Pacífico, hispano y nativo americano/nativo de Alaska.

octubre de 2015 o después, los cuales aparecen en las reclamaciones administrativas de Medicare.^{34,35} Se considera que un beneficiario padece de una condición crónica si existe una reclamación que indica que él/ella recibe servicios o tratamiento para esa condición específica.

La población del análisis para calcular las tasas de prevalencia y los costos totales de condiciones crónicas es el 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en las Partes A y B de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020), también como la población del análisis para calcular los costos totales de los beneficiarios que tienen una discapacidad o ESRD. Asimismo, se incluyen en la población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan de Medicare Advantage (MA) en cualquier momento durante el año. Tabla A.1 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular esta medida a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.

Tabla A.1. Obteniendo la Población del Análisis para las Tasas de Prevalencia de Condiciones Crónicas y Costos Totales de Condiciones Crónicas y la Enfermedad Renal en Etapa Final y Discapacidad

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ³⁶		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,883,907
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua en las Partes A y B durante todo el año	(-)	5,008,773	5,168,747	5,294,038	5,447,496	6,437,834	6,699,957	6,936,964	7,165,535	7,169,558

³⁴ Los códigos de diagnóstico del CIE-9 y del CIE-10 son conjuntos de códigos que utilizan los médicos, hospitales y empleados del sector de la salud para indicar el diagnóstico para todos encuentros con los pacientes para así mejorar el seguimiento estadístico de las enfermedades

³⁵ El día 1.º de octubre de 2015, se llevó a cabo la conversión de la 9.ª versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) a la 10.ª versión (CIE-10-MC). Independientemente de cuándo se presente la reclamación del pago, los servicios que se prestaron antes del 1.º de octubre de 2015 utilizan los códigos de CIE-9. Las condiciones que se identificaron en 2015 se basan en los códigos CIE-9 para los primeros ¾ del año (de enero a septiembre) y en los códigos de CIE-10 para el último trimestre del año (de octubre a diciembre). Para más información, visita: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Chronic-Conditions/index.html>

³⁶ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,521,816	15,865,941	17,519,876	18,907,145	19,415,638	20,844,854	22,522,630	24,134,883	26,323,516
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	34,066,594	34,242,754	34,047,660	34,061,529	33,965,009	33,706,997	33,471,190	33,130,311	32,390,833

Sin embargo, la Visualización de Población mostrará el número de beneficiarios de Medicare según *las características del beneficiario* (es decir, cada combinación de estado/territorio y condado de residencia, sexo, grupo etario, estatus de elegibilidad doble, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio y raza y etnia) utilizando el 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare afiliados de manera continua en las Partes A y B de Medicare FFS para el año seleccionado.

A diferencia de la metodología que se usa para calcular las tasas de prevalencia para las condiciones crónicas, las tasas de prevalencia de los beneficiarios que tienen una discapacidad o ESRD se identifican usando la razón (original o actual) por la cual gozan del derecho al subsidio y que aparece en el MBSF. Se considera que un beneficiario tiene una discapacidad o ESRD si la razón original o actual por la cual goza del derecho al subsidio incluye la discapacidad o ESRD.

La población del análisis para calcular las tasas de prevalencia de ESRD y discapacidad es el 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020). Asimismo, se incluyen en esta población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Tabla A.2 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular las tasas de prevalencia de ESRD y discapacidad a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020).

Tabla A.2. Obteniendo la Población del Análisis para las Tasas de Prevalencia de Enfermedad Renal en Etapa Final y Discapacidad

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ³⁷		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,883,907
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua durante todo el año	(-)	50,259	58,035	59,949	58,139	60,154	61,945	72,383	74,169	55,521
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,742,588	16,113,498	17,777,683	19,174,606	19,679,777	21,141,946	22,850,163	24,514,516	26,757,739
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	38,804,336	39,105,909	39,023,942	39,183,425	40,078,550	40,047,917	40,008,238	39,842,044	39,070,647

Los costos totales son los promedios anuales de todos los costos de todos los tipos de reclamaciones para beneficiarios que padecen de una condición determinada, independientemente de si padecen de otras condiciones o no. Los costos totales, ajustados por los riesgos, son los costos totales esperados con base en el modelo de ajuste por riesgos de la Categoría Jerárquica de Condiciones (HCC) de los CMS, lo cual provee calificaciones de riesgo al nivel del beneficiario.³⁸ El costo promedio, ajustado por el riesgo, para una subpoblación seleccionada es el producto del puntaje promedio de riesgo para la subpoblación y el costo total estándar de \$9,276.26 que CMS calcula.³⁹ Se mantiene la misma cantidad para el costo total estándar para cada año para permitir comparaciones entre años. Los costos principales para los beneficiarios con una condición son los promedios anuales de todos los costos para todo tipo de reclamación con un diagnóstico principal que se relaciona a esa condición específica, independientemente de si padecen de otras condiciones o no. A diferencia de los costos totales que se basan en cualquier código de diagnóstico o en una reclamación, los costos principales se basan solamente en el diagnóstico principal de la reclamación.

³⁷ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

³⁸ El modelo HCC de los CMS estima las ponderaciones (o calibraciones) para más de 100 categorías de diagnóstico y características demográficas (edad, género, etc.) de los beneficiarios en modelo de regresión en el que los costos totales son la variable dependiente. Estas ponderaciones pueden ser utilizadas para calcular una calificación de riesgo para cada beneficiario.

³⁹ Software de los CMS de Ajuste de Riesgo de 2015, V2213.79.L2, Disponible en: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v2021.aspx

A.2.2 Tasas de Hospitalización

La tasa de hospitalización se calcula utilizando los códigos de diagnóstico principal de las reclamaciones administrativas de Medicare o, en el caso de beneficiarios que tienen una discapacidad o ESRD, utilizando el número total de hospitalizaciones de los beneficiarios de Medicare cuya razón (original o actual) por gozar del derecho al subsidio aparece como discapacidad o ESRD en el MBSF.

La población del análisis incluye a todos los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en la Parte A de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 o 2018). Asimismo, se incluyen en la población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Tabla A.3 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular esta medida a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020.

Tabla A.3. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁴⁰		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,883,907
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua en la Parte A durante todo el año	(-)	48,203	457,644	462,616	472,031	470,499	486,018	482,968	493,558	458,129
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,711,773	16,079,660	17,742,150	19,136,546	19,646,948	21,102,853	22,808,064	4,468,298	26,710,678
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	38,437,207	38,740,138	38,656,808	38,807,593	39,701,034	39,662,937	39,639,752	39,468,873	38,715,100

Las tasas de hospitalización por enfermedades cardiovasculares se calculan con la metodología de los CMS para proveer un análisis de tendencias utilizando el Atlas Interactivo de Enfermedades del

⁴⁰ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Corazón y Apoplejías.⁴¹ La Tabla A.4 proporciona una comparación directa de las metodologías de los CDC y CCW para enfermedades cardiovasculares. Las tasas de hospitalización del resto de las condiciones crónicas se basan en los códigos de diagnóstico del CCW.

⁴¹ Se pueden ver las tasas de hospitalización de los años pasados en:
<http://nccd.cdc.gov/DHDSPAtlas/viewer.aspx><https://nccd.cdc.gov/DHDSPAtlas/>

Tabla A.4. Especificaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y el Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas

Medidas de hospitalización ^[1]

Tasas de prevalencia y medidas de costos totales ^[2]

Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-9	Código de Diagnóstico de CIE-10	Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-9	Código de Diagnóstico de CIE-10	Período de Tiempo de Referencia	Tipos de Reclamación Utilizados
Enfermedad cardíaca isquémica	410-414, 429.2 [Diagnóstico Principal]	I20-I25 [Diagnóstico Principal]	Enfermedad Cardíaca Isquémica	410-414 [Cualquier Diagnóstico]	I120-I122, I24-I25	2 años	IP, SNF, HHA, HOP, Portador
Infarto agudo de miocardio	410 [Diagnóstico Principal]	I21-I22 [Diagnóstico Principal]	Infarto Agudo de Miocardio	410 [Diagnóstico Principal y Secundario]	I21-I22	1 años	IP
Trastornos del ritmo cardíaco	427 [Diagnóstico Principal]	I47-I49 [Diagnóstico Principal]	Fibrilación Atrial	427.31 [Diagnóstico Principal y Secundario]	I48.0, I48.2, I48.91	1 año	IP, HOP, Portador
Insuficiencia cardíaca	428 [Diagnóstico Principal]	I50 [Diagnóstico Principal]	Insuficiencia cardíaca	398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.11, 404.91, 404.03, 404.13, 404.93, 428 [Cualquier Diagnóstico]	I09.81, I11.0, I13.0, I13.2, I50	2 años	IP, HOP, Portador
Hipertensión	401-405 [Diagnóstico Principal]	I10-I15 [Diagnóstico Principal]	Hipertensión	326.11, 401-405, 437.2 [Cualquier Diagnóstico]	H35.031-H35.033, H35.039, I11-I13, I15, I67.4, N26.2	1 año	IP, SNF, HHA, HOP, Portador
Apoplejía	430-434, 436-438 [Diagnóstico Principal]	I60-I69 [Diagnóstico Principal]	Apoplejía / Ataque Isquémico Transitorio	430, 431, 433-436, 997.02 [Cualquier Diagnóstico]	G45.0-G45.2, G45.8-G45.9, G46.0-G46.2, G97.31-G97.32, I60- I61, I63, I66, I67.841, I67.848, I67.89, I97.810, I97.811, I97.820, I97.821	1 año	IP, HOP, Portador

HHA: Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar; HOP: Hospicio; IP: Paciente Hospitalizado; SNF: Centro de Enfermería Especializada

[1] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Categorías de Condiciones: División para la Prevención de Enfermedades Cardíacas y Apoplejías: Atlas Interactivo. Washington, DC: CDC; 2015. <https://www.cdc.gov/dhds/maps/atlas/data-sources.html> Ya que los códigos de diagnóstico de CIE-10 no están disponibles de los CDC, se proyectan los códigos de CIE-9 utilizando el CIE-10-CM de los CMS y el archivo de Proyección de Equivalencia General: <https://www.cms.gov/medicare/coding/icd10/2015-icd-10-cm-and-gems.html>.

[2] Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas. Categorías de Condiciones: Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; 2015. <https://www.cwdata.org/web/quest/condition-categories>

A.2.3 Hospitalizaciones Prevenibles - PQI de AHRQ

La tasa de hospitalizaciones prevenibles se calcula con los PQI de AHRQ.⁴² Los PQI se basan en la población y se ajustan por la edad y el sexo. Se adoptan para los beneficiarios de Medicare FFS mediante la utilización de la población de Medicare en lugar de la población total. Las 14 hospitalizaciones prevenibles que se incluyen en la Herramienta MMD son: Tasa de Admisión por Complicaciones de Diabetes a Corto Plazo (PQI 01), Tasa de Admisión por Apéndice Perforado (PQI 02), Tasa de Admisión por Complicaciones de Diabetes a Largo Plazo (PQI 03), Tasa de Admisión por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) o por Asma en Adultos Mayores (PQI 05), Tasa de Admisión por Hipertensión (PQI 07), Tasa de Admisión por Insuficiencia Cardíaca (PQI 08), Tasa de Admisión por Deshidratación (PQI 10), Tasa de Admisión por Neumonía Bacteriana (PQI 11), Tasa de Admisión por Infección del Tracto Urinario (PQI 12), Tasa de Admisión por Diabetes no Controlada (PQI 14), Tasa de Admisión por Amputación de Extremidades Inferiores entre Pacientes con Diabetes (PQI 16), Índice de Admisiones Generales de Calidad de la Prevención (PQI 90), Índice de Admisiones por Condiciones Agudas de Calidad de la Prevención (PQI 91), e Índice de Admisiones por Condiciones Crónicas de Calidad de la Prevención (PQI 92). Se puede encontrar los detalles técnicos para cada una de las 14 hospitalizaciones prevenibles que se incluyen en la Herramienta MMD en la página web de AHRQ.⁴³ PQI 2 y 10 se suprimieron en 2019; por lo tanto, los datos para estas variables no estarán disponibles para 2019 y en adelante. Se usó el software QI SAS de AHRQ con una actualización anual para los cálculos.⁴⁴

La población del análisis incluye a todos los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en la Parte A de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020). Estos beneficiarios tienen 18 años o más y están afiliados en la Parte A de Medicare.⁴⁵ Asimismo, se incluyen en la población analizada a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Tabla A.5 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular esta medida a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020.

⁴² Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ). Resumen de los Indicadores de Calidad de la Prevención. Rockville, MD: AHRQ. Consultado en enero de 2015.

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/pqi_resources.aspx

⁴³ AHRQ. Especificaciones técnicas de los Indicadores de Calidad de la Prevención, Versión 2020. Disponible en:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v2020.aspx.

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v60.aspx

⁴⁴ AHRQ. Software de Indicadores de Calidad de AHRQ. Rockville, MD: AHRQ. Versiones 4.5 (para CIE-9; mayo de 2013) y 6.0 (para CIE-10; septiembre de 2016). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Software/Default.aspx>

⁴⁵ AHRQ. Especificaciones técnicas de los Indicadores de Calidad de la Prevención, Versión v2020. Disponible en: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v2020.aspx.

Tenga en cuenta que, por un anuncio de AHRQ, la Tasa de Admisión por Angina sin Procedimiento (PQI 13) no está disponible en la Visualización de Población.⁴⁶

Tabla A.5. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida del Indicador de Calidad de la Prevención

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁴⁷		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,883,907
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua en la Parte A durante todo el año	(-)	448,203	457,644	462,616	472,031	470,499	486,018	482,968	493,558	458,129
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,711,773	16,079,660	17,742,150	19,136,546	19,645,291	21,102,853	22,808,064	24,468,298	26,710,678
Excluir a beneficiarios menores de 18	(-)	2,116	2,053	1,933	1,806	1,657	1,653	1,582	1,531	1,416
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	38,435,091	38,738,085	38,654,875	38,805,787	39,701,034	39,661,284	39,638,170	39,467,342	38,713,684

A.2.4 Tasas de Readmisión

La tasa de readmisión entre los beneficiarios con una reclamación por hospitalización y un código de diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio (AMI) o insuficiencia cardíaca (HF) se calcula utilizando la metodología de los CMS para las medidas de readmisión estandarizadas por riesgo.⁴⁸

La población del análisis incluye a todos los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en la Parte A de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, o 2020). Estos beneficiarios tienen 18 años o más y están afiliados en la Parte A de Medicare. Asimismo, se incluyen en la población analizada a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del

⁴⁶ Software SAS QI de AHRQ <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Software/SAS.aspx>

⁴⁷ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

⁴⁸ QualityNet. Informes de Metodología de Medidas: Medidas de Readmisión. Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Consultado en enero de 2015.
<https://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1219069855841&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier4&c=Page>

fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero

estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año.

La metodología de los CMS para determinar la tasa de readmisión, estandarizada por riesgo, exige una RSRR, la cual se obtiene de la proporción entre el número de readmisiones “previstas” y el número de readmisiones “esperadas” en un hospital determinado, multiplicada por la tasa de readmisión observada a nivel nacional. Específicamente, para cada hospital, el numerador de la proporción es el número de readmisiones previstas dentro de 30 días con base en el desempeño del hospital con la mezcla de casos observada (AMI, HF), y el denominador es el número de readmisiones esperadas con base en el desempeño nacional con la mezcla de casos de ese hospital. Se estima la cantidad de readmisiones pronosticadas (el numerador) mediante un modelo jerárquico de regresión logística. El número previsto de readmisiones se calcula a través de la regresión de los factores de riesgo (para AMI y HF, respectivamente) y la intercepción específica del hospital en cuanto al riesgo de readmisión. Luego, se multiplican los coeficientes de regresión estimados por las *características de beneficiario* del paciente en el hospital. Entonces, se transforman y se suman los resultados para todos los pacientes atribuidos al hospital para obtener el valor. Se obtiene el número esperado de readmisiones (el denominador) a través de la regresión de los factores de riesgo y una intercepción común sobre los resultados de readmisiones utilizando todos los hospitales en nuestra muestra. Los coeficientes de regresión estimados luego se multiplican por las características del paciente en el hospital. Entonces, se transforman y se suman los resultados para todos los pacientes en el hospital. Para acceder al desempeño hospitalario para el período del análisis, volvemos a estimar los coeficientes del modelo utilizando los años de datos en ese período. Esta proporción se multiplica por la tasa nacional para calcular las RSRR.⁴⁹ Estas tasas a nivel del hospital luego se agregan para cada conjunto de características de beneficiarios para la Visualización de Población.

A.2.5 Tasas de Mortalidad

La tasa de mortalidad entre los beneficiarios con una reclamación por hospitalización y un código de diagnóstico principal de AMI o HF se calcula utilizando la metodología de los CMS para las medidas de mortalidad estandarizadas por riesgo.⁵⁰

La población del análisis incluye a todos los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en la Parte A de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020). Estos beneficiarios tienen 18 años o más y están afiliados en la Parte A de

⁴⁹ Informe de 2015 sobre Actualizaciones y Especificaciones de las Medidas de Condiciones Específicas: Medidas de Readmisiones en 30 Días a nivel de Hospital, Estandarizadas por el Riesgo (Versión 8.0).

⁵⁰ QualityNet. Informes de Metodología y Actualizaciones: Medidas de Mortalidad. Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Consultado en enero de 2015.

<https://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1163010421830&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier4&c=Page>

Medicare. Asimismo, se incluyen en la población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año pero que estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año.

La metodología de los CMS para determinar la tasa de mortalidad, estandarizada por riesgo, exige una RSMR, la cual se obtiene de la proporción entre el número de fallecimientos “previstos” y el número de fallecimientos “esperados” en un hospital determinado, multiplicada por la tasa de mortalidad observada a nivel nacional. Específicamente, para cada hospital, el numerador de la proporción es el número de fallecimientos previstos dentro de 30 días con base en el desempeño del hospital con la mezcla de casos observada (AMI, HF), y el denominador es el número de fallecimientos esperados con base en el desempeño nacional con la mezcla de casos de ese hospital. Se estima la cantidad de fallecimientos pronosticados (el numerador) mediante un modelo jerárquico de regresión logística. El número previsto de fallecimientos se calcula a través de la regresión de los factores de riesgo (para AMI y HF, respectivamente) y la intercepción específica del hospital en cuanto al riesgo de mortalidad. Luego, se multiplican los coeficientes de regresión estimados por las *características de beneficiario* del paciente en el hospital. Entonces, se transforman y se suman los resultados para todos los pacientes atribuidos al hospital para obtener el valor. Se obtiene el número esperado de fallecimientos (el denominador) a través de la regresión de los factores de riesgo y una intercepción común sobre los resultados de mortalidad utilizando todos los hospitales en nuestra muestra. Los coeficientes de regresión estimados luego se multiplican por las características del paciente en el hospital. Entonces, se transforman y se suman los resultados para todos los pacientes en el hospital. Para acceder al desempeño hospitalario para el período del análisis, volvemos a estimar los coeficientes del modelo utilizando los años de datos en ese período. Esta proporción se multiplica por la tasa nacional para calcular las RSMR.⁵¹ Estas tasas a nivel del hospital luego se agregan para cada conjunto de características de beneficiarios para la Visualización de Población.

A.2.6 Tasa de Visitas al Departamento de Emergencias

Se calcula la tasa de visitas al DE utilizando los códigos del centro de ingresos que aparecen en los registros de los pacientes hospitalizados y ambulatorios de Medicare. El número total de visitas de un beneficiario al DE durante un año incluye las visitas en que el beneficiario fue dado de alta del entorno ambulatorio y en que el beneficiario fue admitido como paciente hospitalizado. La población del análisis incluye a todos los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en las Partes A y B de Medicare FFS durante el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020). Asimismo, se incluyen en la población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y

⁵¹ Actualizaciones de Medidas y Especificaciones: Medida de Mortalidad en 30 Días por Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, y Neumonía, Estandarizada por Riesgo (Versión 7.0).

también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para afiliarse después del primer día del año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Tabla A.6 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular esta medida a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020.

Tabla A.6. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Visitas al Departamento de Emergencias

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵²		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,883,907
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua en las Partes A y B durante todo el año	(-)	5,008,773	5,168,747	5,294,038	5,447,496	6,437,834	6,699,957	6,936,964	7,165,535	7,169,558
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,521,816	15,865,941	17,519,876	18,907,145	19,415,638	20,844,854	22,522,630	24,134,883	26,323,516
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	34,066,594	34,242,754	34,047,660	34,061,529	33,965,009	33,706,997	33,471,190	33,130,311	32,390,833

Se calculan las tasas DE según la orientación que ResDAC ha proporcionado.⁵³ La Tabla A.7 provee una lista de los códigos del centro de ingresos necesarios para determinar una visita al DE.

Tabla A.7. Especificaciones de Visitas al Departamento de Emergencias

Medida	Código del Centro de Ingresos	Período de tiempo de referencia	Tipos de reclamación utilizados
Visita al Departamento de Emergencias	0450-0459, 0981 [Cualquier Diagnóstico]	1 año	Pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios

⁵² Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

⁵³ Centro de Asistencia de Datos de Investigación (ResDAC). Cómo Identificar las Reclamaciones Hospitalarias por Visitas a la Sala de Emergencias en los Datos de Reclamaciones de Medicare. Minneapolis, MN: ResDAC. 30 de julio de 2015. <https://resdac.org/articles/how-identify-hospital-claims-emergency-room-visits-medicare-claims-data>

A.2.7 Tasas de Aceptación de Servicios Preventivos

Se identifican los servicios preventivos con los códigos HCPCS/CPT que aparecen en las reclamaciones administrativas a Medicare. La tasa de aceptación de un servicio específico se calcula como el porcentaje de los beneficiarios que recibieron un mínimo de uno de los servicios cubiertos (que se definen en los códigos HCPCS/CPT) en un año determinado.

La población del análisis para calcular las tasas de aceptación de servicios preventivos es el 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare con un mínimo de un mes de afiliación en la Parte B de Medicare FFS para el año seleccionado (es decir, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020). Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Las poblaciones de los análisis para unos pocos servicios preventivos excluyen a ciertos grupos etarios o sexos, según se indica más abajo. Tabla A.8-A.15 presentan las maneras en que se obtienen las poblaciones que se utilizaron para calcular esta medida para servicios preventivos a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020.

Tabla A.8 presenta la derivación de la población del análisis para el *Examen Anual de Bienestar* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige la exclusión de los beneficiarios si hayan transcurrido más de 12 meses a partir de la fecha de inicio de la afiliación de éstos en la Parte B de Medicare.

Tabla A.8. Obteniendo la Población del Análisis para la Visita Anual de Bienestar

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁴		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a Beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a beneficiarios dentro de 12 meses desde la fecha de inicio de la afiliación	(-)	2,818,427	2,677,001	2,634,522	2,593,229	2,495,460	2,381,722	2,482,042	2,419,510	2,338,057
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	32,486,930	32,885,420	32,816,534	32,966,351	33,017,668	32,955,844	32,694,614	32,477,925	31,830,891

Tabla A.9 presenta la derivación de la población del análisis para el *Examen Físico Preventivo Inicial* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que hayan transcurrido menos de 12 meses a partir de la fecha de inicio de la afiliación de los beneficiarios en la Parte B de Medicare.

Tabla A.9. Obteniendo la Población del Análisis para el Examen Físico Preventivo Inicial

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁵		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120

⁵⁴ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

⁵⁵ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a beneficiarios que ya no están dentro de 12 meses desde la fecha de inicio de la afiliación	(-)	32,172,694	32,437,450	32,240,285	32,252,826	32,179,205	31,983,760	31,627,918	31,320,368	30,556,819
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	3,132,663	3,124,971	3,210,771	3,306,754	3,333,923	3,353,806	3,548,738	3,577,067	3,612,129

Tabla A.10 presenta la derivación de la población del análisis para el *Examen para Detectar Cáncer Colorrectal* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que los beneficiarios sean de 50 años o mayores.

Tabla A.10. Obteniendo la Población del Análisis para el Examen para Detectar el Cáncer Colorrectal

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁶		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a beneficiarios menores de 50 años	(-)	2,377,889	2,324,194	2,202,803	2,092,591	1,984,802	1,889,176	1,788,313	1,656,337	1,502,519

⁵⁶ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	32,927,468	33,238,227	33,248,253	33,466,989	33,528,326	33,448,390	33,388,343	33,241,098	32,666,429

Tabla A.11 presenta la derivación de la población del análisis para la *Mamografía de Evaluación* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que las beneficiarias sean mujeres de 35 años o mayores.

Tabla A.11. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos de Mamografía de Evaluación

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁷		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a hombres beneficiarios	(-)	15,709,213	15,825,803	15,776,981	15,803,970	15,587,429	15,490,083	15,394,005	15,249,341	14,885,705
Excluir a mujeres beneficiarias menores de 35 años	(-)	285,742	280,525	263,121	246,156	231,041	214,715	200,805	183,831	164,457
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	19,310,402	19,456,093	19,410,954	19,509,454	19,694,658	19,632,768	19,581,846	19,464,263	19,118,786

Tabla A.12 presenta la derivación de la población de investigación para la *Prueba Evaluativa de Papanicolaou y el Examen Pélvico de Evaluación* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014,

⁵⁷ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que las beneficiarias sean mujeres.

Tabla A.12. Obteniendo la Población del Análisis para la Prueba Evaluativa de Papanicolaou y el Examen Pélvico de Evaluación

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁸		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a hombres beneficiarios	(-)	15,709,213	15,825,803	15,776,981	15,803,970	15,587,429	15,490,083	15,394,005	15,249,341	14,885,705
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	19,596,144	19,736,618	19,674,075	19,755,610	19,925,699	19,847,483	19,782,651	19,648,094	19,283,243

Tabla A.13 presenta la derivación de la población del análisis para el *Control de Cáncer de Próstata* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que los beneficiarios sean hombres de 50 años o mayores.

⁵⁸ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Tabla A.13. Obteniendo la Población del Análisis para Exámenes de Detección del Cáncer de Próstata

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁵⁹		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a mujeres beneficiarias	(-)	19,281,908	19,288,648	19,097,826	19,042,085	19,087,236	18,900,968	18,716,858	18,477,648	18,016,565
Excluir a hombres beneficiarios menores de 50 años	(-)	1,271,423	1,243,014	1,178,959	1,120,790	1,067,085	1,019,026	971,096	905,821	830,565
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	14,752,026	15,030,759	15,174,271	15,396,705	15,358,807	15,417,572	15,488,702	15,513,966	15,321,818

Tabla A.14 presenta la derivación de la población del análisis para el *Examen de Detección de Cáncer Cervical con Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)* a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que las beneficiarias sean mujeres de entre 30 a 65 años.

⁵⁹ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Tabla A.14. Obteniendo la Población del Análisis para el Examen de Detección de Cáncer Cervical con Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁶⁰		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Excluir a hombres beneficiarios	(-)	15,709,213	15,825,803	15,776,981	15,803,970	15,587,429	15,490,083	15,394,005	15,249,341	14,885,705
Excluir a mujeres beneficiarias que no tienen entre 30 a 65 años	(-)	15,355,428	15,431,035	15,308,940	15,326,315	15,501,488	15,466,984	15,396,364	15,364,505	15,174,323
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	4,240,716	4,305,583	4,365,135	4,429,295	4,424,211	4,380,499	4,386,287	4,283,589	4,108,920

Tabla A.15 presenta la derivación de la población del análisis para todos los otros servicios preventivos (sin restricciones adicionales en cuanto a la edad o el sexo) a nivel nacional para los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 o 2020.

Tabla A.15. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁶¹		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,886,600
Excluir a beneficiarios sin afiliación en la Parte B de un mínimo de un mes	(-)	3,604,722	3,691,503	3,763,247	3,848,711	4,821,916	5,011,164	5,185,285	5,358,875	5,350,120

⁶⁰ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

⁶¹ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,687,104	16,023,518	17,647,271	19,007,879	19,483,437	20,903,078	22,568,843	24,174,419	26,367,532
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	35,305,357	35,562,421	35,451,056	35,559,580	35,513,128	35,337,566	35,176,656	34,897,435	34,168,948

A.2.8. Análisis de Medidas por el Número de Condiciones Crónicas

Los indicadores de condiciones crónicas se identifican utilizando los códigos de diagnóstico de CIE-9 o CIE-10 (de acuerdo con la fecha de servicio de la reclamación) que aparecen en las reclamaciones administrativas a Medicare. Con base solamente en las condiciones crónicas investigadas en la Visualización de Población (un total de 60 condiciones), se computa una variable categórica que demuestra el número total de condiciones para cada beneficiario: Ninguna condición, una condición, dos condiciones, y tres condiciones o más. Se excluye la discapacidad y ESRD de este cómputo y análisis. Además, para los fines de este análisis, un beneficiario que padece de múltiples tipos de cáncer (de mama, colorrectal, de próstata, y pulmonar) aparecería con una sola condición crónica en la Visualización de Población.

A.2.9 Medidas de Admisión como Paciente Hospitalizado

La población del análisis para las medidas de admisión como paciente hospitalizado (es decir, las tasas de admisión por el tipo de admisión, las tasas de admisión por el destino después del alta, el promedio de días de hospitalización, y el reembolso promedio de Medicare) incluye el 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare de la Base de Datos de Variación Geográfica (GVDB) quienes estuvieron afiliados de manera continua en la Parte A de Medicare FFS durante el año seleccionado. Asimismo, se incluyen en la población del análisis a los beneficiarios que fallecieron durante el año pero que, por lo

demás, estuvieron afiliados continuamente hasta la fecha del fallecimiento, y también a los beneficiarios que se volvieron elegibles para Medicare por primera vez durante el año y estuvieron afiliados continuamente desde la fecha de afiliación hasta el fin del año. Se excluyen del análisis a los beneficiarios que estuvieron afiliados en un plan MA en cualquier momento durante el año. Tabla A.16 presenta la manera en que se obtiene la población que se utilizó para calcular estas medidas a nivel nacional para los años de 2012 a 2020.

Tabla A.16. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Pacientes Hospitalizados

Pasos para crear la población del análisis	Formula	Cantidad de beneficiarios 2012	Cantidad de beneficiarios 2013	Cantidad de beneficiarios 2014	Cantidad de beneficiarios 2015	Cantidad de beneficiarios 2016	Cantidad de beneficiarios 2017	Cantidad de beneficiarios 2018	Cantidad de beneficiarios 2019	Cantidad de beneficiarios 2020
Total de afiliados de Medicare ⁶²		53,540,264	55,206,238	56,767,788	58,294,195	59,818,481	61,183,250	62,873,352	64,424,342	N/A
Excluir a beneficiarios sin afiliación continua en la Parte A durante todo el año	(-)	451,010	457,486	458,644	464,097	470,499	480,575	479,798	492,019	N/A
Excluir a beneficiarios con afiliación en Medicare Advantage	(-)	14,554,559	15,907,314	17,484,881	18,773,034	19,646,948	21,100,901	22,807,065	24,469,424	N/A
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	38,534,695	38,841,438	38,824,263	39,057,064	39,701,034	39,601,774	39,586,489	39,462,899	N/A

A.2.10 Estandarización de las Medidas por Edad

Además de proveer tasas no ajustadas para cada medida, la Visualización de Población también permite la selección de tasas ajustadas por la edad. Al seleccionar la opción estandarizada por la edad, la herramienta aplicará una ponderación a la tasa de cada grupo etario con base en la distribución por grupo etario a nivel nacional de la población de Medicare de la medida seleccionada.

Por ejemplo, para estandarizar las tasas por la edad en la medida de prevalencia, las ponderaciones indicadas en la Tabla A.16 se aplican a la tasa de cada grupo etario. Estas ponderaciones se calculan con base en la distribución por grupos etarios a nivel nacional de la población del análisis que se utiliza en la medida de prevalencia: 100% de los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en las Partes A y B de Medicare FFS para el año seleccionado. Existen pequeñas diferencias en las ponderaciones, según los años y las medidas que se seleccionan.

Tabla A.17. Ponderaciones de Edad para la Medida de Prevalencia de 2012

Grupo Etario	Cantidad de beneficiarios	Ponderación
< 65	6,174,269	0.1822
65 - 74	14,215,633	0.4194
75 - 84	8,871,580	0.2617

⁶² Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

Grupo Etario	Cantidad de beneficiarios	Ponderación
85 +	4,633,722	0.1367
General	33,895,204	1.0000

Sin embargo, en casos en que una región (p.ej., estado/territorio o condado) cuenta con cero beneficiarios en uno o más de los grupos etarios (es decir, menores de 65, 65 a 74, 75 a 84, 85 años y mayores), las ponderaciones para cada uno de los grupos etarios restantes de la región se recalculan con una distribución igual de los valores del grupo etario que falta entre los grupos etarios restantes.

La aplicación de ponderaciones basadas en la distribución a nivel nacional por grupos etarios de la población de Medicare para las medidas seleccionadas permite la comparación de las tasas entre regiones (p.ej., estado/territorio o condado) con distintas distribuciones por la edad.

A.3 Actualizaciones de los Datos Socioeconómicos

Los datos socioeconómicos en la “Visualización de Perfil del Condado,” la “Visualización de Perfil del Estado,” y la “Visualización de Perfil del País” de la Visualización de Población se basan en los datos del ACS provenientes de la Oficina del Censo de los EE. UU. para los años 2012 a 2020. Las medidas socioeconómicas de cada condado incluyen las siguientes:

- Promedio de Ingresos de Hogar, según el Tamaño del Hogar: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Promedio de Ingresos de Hogar: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Raza y Etnia: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Cobertura del Seguro por el Tipo y Grupo Etario: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Estado de Pobreza: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Dominio del Inglés: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Tasa de Desempleo: (Promedio de los Últimos 5 Años)
- Tasa de Desempleo de Adultos Mayores: (Promedio de los Últimos 5 Años)

Se descargaron los archivos de datos para estas medidas de la página web de *American Fact Finder* para los años 2012 a 2020 y directamente de la Oficina del Censo de los EE. UU. para el años 2018 y en adelante⁶³. El número diferente de años sobre los cuales se promediaron los datos corresponde a niveles diferentes de granularidad y el número de los condados con datos disponibles: Los promedios de los últimos 5 años producen los estimados más precisos y granulados a expensas de la distribución uniforme de los estimados con el tiempo. Solamente se realizan los estimados de un año para zonas con densidad poblacional de más de 65,000, pero éstos proveen un “panorama” mejor de una medida específica para un año particular. Se ofrece información más detallada sobre las encuestas de ACS, los tamaños de las muestras, y la metodología utilizada para recopilar los datos en la página web de metodología de ACS.⁶⁴ Luego de descargar los archivos de datos de ACS, se tuvo que manipular

⁶³ Vea <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/data.html>

⁶⁴ Vea <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/methodology.html>.

ciertos estimados para llegar a las medidas deseadas; a continuación, se incluyen las descripciones de los estimados utilizados en estos cálculos.

Tabla A.18. Cálculo de las Medidas Socioeconómicas

Medida	Descripción del Numerador	Descripción del Denominador
Promedio de Ingresos de Hogar, según el Tamaño del Hogar	Promedio de los ingresos de hogar durante los últimos 12 meses (en dólares de 2020, ajustados por la inflación), según el tamaño del hogar	Promedio de los ingresos de hogar durante los últimos 12 meses (en dólares de 2020, ajustados por la inflación), según el tamaño del hogar
Promedio de Ingresos de Hogar	Promedio de los ingresos de hogar durante los últimos 12 meses (en dólares de 2020, ajustados por la inflación)	Promedio de los ingresos de hogar durante los últimos 12 meses (en dólares de 2020, ajustados por la inflación)
Estado de Pobreza	La población con ingresos por debajo del nivel de la pobreza durante los últimos 12 meses	La población total para la cual se ha determinado el estado de pobreza
Cobertura del Seguro por el Tipo del Seguro y Grupo Etario	Población total con un tipo determinado de seguro, agrupada según la edad (0-17, 18-64, 65+) ⁶⁵	Población Total, agrupada por la edad (0-17, 18-64, y 65+)
Porcentaje de la Población por Raza y Etnia	La población que se identifica como étnicamente "Hispana," independientemente de la raza autoidentificada, se considera como "Hispana," y todas las demás se consideran como la raza autoidentificada.	Población total
Dominio del Inglés*	La suma de todas las respuestas indicando que "Solo se habla inglés" y otros grupos lingüísticos que responden que "Habla muy bien el inglés"	Total de la Población mayores de 5 años
Tasa de Desempleo	La suma de todos los grupos etarios de 16 años y mayores que responden que forman parte de la fuerza laboral y están desempleados	La suma de todos los grupos etarios de 16 años y mayores que responden que forman parte de la fuerza laboral
Tasa de Desempleo de Adultos Mayores	La suma de todos los grupos etarios de 65 años y mayores que responden que forman parte de la fuerza laboral y están desempleados	La suma de todos los grupos etarios de 65 años y mayores que responden que forman parte de la fuerza laboral

*Los datos de competencia a nivel de condado solamente están disponibles hasta 2015.

⁶⁵ Se agrupan algunos tipos de seguros juntos en la Herramienta MMD, según se informa en el ACS. Específicamente, "Tricare/Militar" y "VA" se agrupan como "Tricare/Militar/VA;" "Empleador y Directo" se agrupa con "Empleador" y "Empleador y Medicare," y "Medicare y Directo" se agrupa con "Medicare."

Apéndice B: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Hospitales

B.1 Datos

La Visualización de Hospitales se basa en las reclamaciones a nivel del hospital y datos de encuestas de los CMS de 2013 a 2020, correspondientes a los beneficiarios de Medicare afiliados en el programa FFS, que están disponibles de los CMS a través de la base de datos de Comparación de Hospitales.⁶⁶

B.2 Metodología Ampliada

B.2.1 Tasas de Readmisión

Vea el Apéndice A.2.4.

B.2.2 Seguridad del Paciente

Existen tres subdominios dentro del dominio de seguridad del paciente: (1) Indicadores de Seguridad del Paciente (PSI); (2) Infecciones Asociadas a la Atención Médica (HAI); y (3) Mortalidad. Los PSI y la Mortalidad incluyen puntajes para las complicaciones y mortalidad de los pacientes posteriores al tratamiento. La Tabla B.1 provee una lista de los PSI según desarrollados por AHRQ.

Tabla B.1. Lista de PSI de AHRQ

PSI	Descripción
PSI 3	Úlceras por presión
PSI 4	Muerte entre pacientes con complicaciones graves tratables después de la cirugía
PSI 6	Colapso pulmonar por tratamiento médico
PSI 8	Fractura de cadera por una caída después de la cirugía
PSI 9	Tasa de hemorragia o hematoma perioperatorio
PSI 10	Tasa de lesión renal aguda postoperatorio que requiere diálisis
PSI 11	Tasa de fracaso respiratorio postoperatorio
PSI 12	Coágulos sanguíneos graves después de la cirugía
PSI 13	Infecciones del torrente sanguíneo después de la cirugía (sepsis)
PSI 14	Herida abierta después de la cirugía en el abdomen o la pelvis
PSI 15	Cortadas accidentales y rasgaduras del tratamiento médico.

Las HAI son infecciones que los pacientes pueden adquirir cuando reciben tratamientos médicos en una instalación de cuidados médicos. Aunque frecuentemente son evitables, estas infecciones son

⁶⁶ Vea [Comparación de Hospitales](#) para acceder a los archivos de datos primarios.

una amenaza mayor para la seguridad del paciente. Las siguientes HAI que se incluyen en la Visualización de Hospitales son:

- Infecciones del torrente sanguíneo asociadas con línea central (CLABSI) en UCI y salas seleccionadas;
- Infecciones del tracto urinario asociados con el uso de catéteres (CAUTI) en UCI y salas seleccionadas;
- Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) por cirugía de colon;
- Infecciones del sitio quirúrgico (SSI) por procedimientos de histerectomía;
- Staphylococcus Aureus Resistente a la Meticilina (MRSA); y
- Eventos de Clostridium difficile (C.diff) identificados en laboratorio (infecciones intestinales).

Las medidas de HAI se basan en la razón estandarizada de infección (SIR). La SIR es una medida resumida que se utiliza para dar seguimiento a las HAI a nivel nacional, estatal, o local con el tiempo. La SIR se ajusta por varios factores a nivel del hospital o paciente que contribuyen al riesgo de HAI en cada hospital.⁶⁷ La razón estandarizada de infección (SIR) se calcula dividiendo el número de eventos observados por el número de eventos previstos.⁶⁸ Para más información sobre SIR, visite la [Guía a SIR de los CDC](#).

Las medidas de mortalidad que se incluyen son estimados de los fallecimientos durante los 30 días posteriores al ingreso en el hospital por una condición específica o una cirugía de Injerto de Derivación de las Arterias Coronarias (CABG). Los fallecimientos pueden ser por cualquier razón, y pueden ocurrir en el hospital o luego del alta. Las condiciones específicas que se incluyen son: (1) Infarto Agudo de Miocardio; (2) Injerto de Derivación de las Arterias Coronarias; (3) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; (4) Insuficiencia Cardíaca; (5) Neumonía; y (6) Apoplejía.

B.2.3 Experiencia del Paciente

El dominio de experiencia del paciente se basa en las respuestas de los pacientes a la Encuesta de Evaluación del Consumidor del Hospital de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (HCAHPS). Las respuestas de los pacientes a la encuesta se resumen en una calificación por estrellas (con un máximo

de cinco estrellas) para cada dimensión de la experiencia del paciente. La Tabla B.2 provee una lista de las dimensiones de la experiencia del paciente.

⁶⁷ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La Proporción de Infección Estandarizada de NHSN: Una Guía a SIR, Actualización de marzo de 2018. Consultado el 3 de julio de 2018.

<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ps-analysis-resources/nhsn-sir-guide.pdf>

⁶⁸ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El Manual Componente de Seguridad del Paciente de la Red Nacional de Seguridad en la Atención Médica (NHSN). Consultado el 3 de julio de 2018.

https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/psmanual_current.pdf

Tabla B.2. Dimensiones de la Experiencia del Pacient

Dimensiones de la experiencia del paciente de la encuesta HCAHPS
Transición de Cuidado
Limpieza
Comunicación sobre medicamentos
Información del alta
Comunicación con doctores y enfermeros
Calificación general del hospital
Administración de dolor
Quietud
Hospitales recomendados
Sensibilidad del personal
Resumen de la calificación por estrellas

B.2.4 Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP)⁶⁹

El programa HVBP es un programa de incentivos que los CMS administra y que ofrece pagos a los hospitales según la calidad de atención que brindan a sus beneficiarios de Medicare.

Aproximadamente 2,800 hospitales participan en el programa HVBP. Cada hospital en el programa HVBP recibe una Puntuación de Rendimiento Total (TPS) basada en cuatro dimensiones: la seguridad, la atención clínica, la eficiencia y reducción de costos, y la experiencia con cuidados/administración de cuidados centrada en el paciente y el cuidador. La puntuación no ponderada de cada dimensión recibe una ponderación igual en el cálculo de TPS.

La Tabla B.3 es una lista de medidas que se incluyen en cada dominio HVB

Tabla B.3. Medidas HVBP del Año Fiscal de 2018

Identificación de la medida	Medidas	Dominio
HAI_2_SIR	Infección urinaria relacionada con el uso de catéter	Seguridad
HAI_1_SIR	Infección del torrente sanguíneo asociada con la vía central	Seguridad
HAI_6_SIR	infección por Clostridium difficile (C. difficile)	Seguridad
HAI_5_SIR	Staphylococcus aureus resistente a la meticilina	Seguridad
HAI_3_SIR	Infección del sitio quirúrgico (SSI) debido a cirugía del colon	Seguridad
HAI_4_SIR	Infección quirúrgica del sitio (SSI) de la histerectomía abdominal	Seguridad
MORT-30-AMI	Ínfarto agudo de miocardio (AMI) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad
MORT-30-HF	insuficiencia cardiaca (HF) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad
MORT-30-PN	Neumonía (PN) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad

⁶⁹ <https://qualitynet.cms.gov/inpatient/hvbp> Consultado el 3 de julio de 2018.

Identificación de la medida	Medidas	Dominio
MORT-30-CABG	Derivación (bypass) aortocoronaria por injerto (CABG) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad
MORT-30-COPD	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad
MORT-30-STK	Apoplejía (STK) Tasa de mortalidad de 30 días	Seguridad
MSPB-1	Gastos de Medicare por beneficiario (MSPB)	Gastos de Medicare
H_COMP_1_STAR_RATING	Comunicación con las enfermeras	Experiencia del paciente
H_COMP_2_STAR_RATING	Comunicación con los médicos	Experiencia del paciente
H_COMP_3_STAR_RATING	Grado de respuesta del personal hospitalario	Experiencia del paciente
H_COMP_5_STAR_RATING	Comunicación sobre medicamentos	Experiencia del paciente
H_CLEAN_STAR_RATING	Limpieza del hospital	Experiencia del paciente
H_QUIET_STAR_RATING	Quietud del hospital	Experiencia del paciente
H_COMP_6_STAR_RATING	Información sobre el alta hospitalaria	Experiencia del paciente
H_COMP_7_STAR_RATING	Encuesta de tres preguntas (CTM3) sobre transición del cuidado médico	Experiencia del paciente
H_RECMND_STAR_RATING	Recomendación del hospital	Experiencia del paciente
H_HSP_RATING_STAR_RATING	Calificación general del hospital	Experiencia del paciente
H_STAR_RATING	Calificación resumida por estrellas	Experiencia del paciente

Período de Referencia y Desempeño

El período de referencia es el período de tiempo que se utiliza para establecer los estándares de desempeño (es decir, umbrales y promedios) para un año determinado del programa. Los resultados de hospitales durante el período de referencia se comparan con los resultados logrados durante el período de desempeño. El período de desempeño es el período de tiempo que se utiliza para identificar la tasa de desempeño del hospital para un año determinado del programa. CMS ha evaluado el desempeño total de cada hospital mediante una comparación de sus puntajes de Rendimiento y Mejora para cada medida HVBP correspondiente. CMS utiliza un umbral y un promedio para determinar cuántos puntos se otorgarán para los puntajes de Rendimiento y Mejora. CMS compara los puntajes de Rendimiento y Mejora y utiliza el mayor de éstos.

Umbral, Promedio y Puntos

- Promedio: El promedio (media) del desempeño del 10 por ciento más alto de los hospitales durante el período de referencia.
- Umbral de Rendimiento: El desempeño del 50o percentil (la mediana) de los hospitales durante el período de referencia.
- Los Puntos de Rendimiento se otorgan mediante una comparación de las tasas de un hospital individual durante el período de desempeño con las tasas de todos los hospitales durante el período de referencia:
 - Tasas de hospital que alcanzan o superan la Comparación = 10 Puntos de Rendimiento
 - Tasas de hospital inferiores a la Comparación = 0 Puntos de Rendimiento
 - La tasa del hospital es igual al Umbral de Rendimiento o superior, pero no menor de la comparación = 1 – 9 Puntos de Rendimiento

- **Los Puntos de Mejora** se otorgan mediante una comparación de las tasas de un hospital individual durante el período de desempeño con las tasas del mismo hospital individual durante el período de referencia:
 - Tasas de hospital que alcanzan o superan la Comparación = 9 Puntos de Mejora
 - Tasas de hospital que alcanzan o son inferiores a la Comparación = 0 Puntos de Mejora
 - La tasa del hospital es mayor de su puntaje de referencia pero menor de la Comparación = 0 – 9 Puntos de Mejora

- **Los Puntos de Consistencia** se otorgan mediante una comparación de las tasas de dimensiones de la Encuesta HCAHPS de un hospital individual durante el período de desempeño con las tasas de la Encuesta HCAHPS de todos los hospitales durante un período de referencia:
 - Si el desempeño del hospital en todas las dimensiones HCAHPS alcanza o es superior al Umbral de Rendimiento = 20 Puntos de Consistencia
 - Si alguna tasa de dimensión HCAHPS es igual o inferior del desempeño del hospital con el peor desempeño para esa dimensión durante el período de referencia = 0 Puntos de Consistencia
 - Si el menor puntaje de dimensión HCAHPS es mayor de la tasa del hospital con el peor desempeño pero menor del Umbral de Rendimiento = 0 – 20 Puntos de Consistencia

Los puntos de Rendimiento, Mejora y Consistencia influyen en el cálculo del TPS del hospital de los CMS.

B.2.5 Informes de Calidad de Instalaciones Psiquiátricas para Pacientes Hospitalizados (IPFQR)

El Programa IPFQR proporciona datos sobre las medidas de calidad con el fin de evaluar y promover mejoras a la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes con enfermedades mentales. La Tabla B.4 provee una lista de Medidas IPFQR.

Tabla B.4. Lista de Medidas IPFQR

Identificación de la medida	Descripción de la medida
HBIPS_2	Horas de uso de restricción física
HBIPS_3	Horas de reclusión
HBIPS_5	Pacientes dados de alta con múltiples medicamentos antipsicóticos con justificación adecuada
SUB_2	Intervención breve proporcionada u ofrecida por el consumo de alcohol
SUB_2a	Intervención breve por el consumo de alcohol
TOB_2	Tratamiento por el consumo de tabaco proporcionado u ofrecido (durante la estadía en el hospital)
TOB_2a	Tratamiento por el consumo de tabaco (durante la estadía en el hospital)
TOB_3	Tratamiento por el consumo de tabaco proporcionado u ofrecido en el momento del alta
TOB_3a	Tratamiento por el consumo de tabaco en el momento del alta

Identificación de la medida	Descripción de la medida
IMM_2	Inmunización contra influenza
MedCoPsy	Continuación de la medicación tras el alta hospitalaria de un paciente psiquiátrico.

B.2.6 Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) (PCHQR)

Se estableció el Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos del PPS (PCHQR) en la Sección 3005 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio para asegurar que los proveedores estén conscientes de las mejores prácticas para sus instalaciones y tipos de atención respectivos y que informen sobre éstos, así incentivando a los hospitales y clínicos a mejorar la calidad de la atención hospitalaria que proveen a los beneficiarios de Medicare. La Tabla B.5 provee una lista de medidas PCHQR y las categorías correspondientes a éstas.

Tabla B.5. Lista de Medidas PCHQR

Categoría de medida	Identificación de la medida	Descripción de la medida
Cuidados oncológicos	PCH-15	Plan de Atención para el Dolor - Oncología Médica y Oncología Radioterápica
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_26_SIR	Clostridium difficile (C.Diff): Razón estandarizada de infección (SIR)
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_27_SIR	Bacteriemia por SARM: Razón estandarizada de infección (SIR)
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_6_SIR	Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Cirugía de colon Razón estandarizada de infección (SIR)
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_7_SIR	Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Histerectomía abdominal: Razón estandarizada de infección (SIR)
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_28_FAC_ADHPCT	Cobertura de la vacuna para la influenza entre el personal sanitario: Tasa de adherencia

Glosario

Admisión desde otro hospital indica que el paciente fue admitido a este hospital desde de otro hospital de atención aguda de corto plazo. Esto generalmente significa que el traslado del paciente ha sido necesario para obtener servicios más especializados de los que se proporcionan en el hospital original.

CIE-10-CM⁷⁰ son las siglas de la “Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión, Modificación Clínica.” CIE-10-MC reemplazó el sistema de codificación CIE-9-MC y entró en vigor

⁷⁰ Resumen del CIE-10-CM/PCS, CMS, <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10>

el 1.º de octubre de 2015. Se asigna un código CIE-10-CM a todos los diagnósticos (o condiciones) y todos los procedimientos que los pacientes reciben en el hospital. Los códigos para los diagnósticos pueden ser de hasta siete cifras y los códigos para los procedimientos pueden ser de hasta cuatro cifras. Existen aproximadamente 68,000 códigos de diagnóstico y 87,000 códigos de procedimiento. Durante cada estancia hospitalaria, se pueden asignar múltiples códigos de diagnósticos y procedimientos

CIE-9-CM son las siglas de la “Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.ª revisión, Modificación Clínica.” El código de CIE-9-MC es válido hasta el 30 de septiembre de 2015 en las reclamaciones FFS de CMS. Se asigna un código CIE-9-CM a todos los diagnósticos (o condiciones) y todos los procedimientos que los pacientes reciben en el hospital. Los códigos para los diagnósticos pueden ser de hasta cinco cifras y los códigos para los procedimientos pueden ser de hasta cuatro cifras. Existen aproximadamente 14,000 códigos de diagnóstico y 4,000 códigos de procedimiento. Durante cada estancia hospitalaria, se pueden asignar múltiples códigos de diagnósticos y procedimientos

Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP) es una iniciativa de los CMS que ofrece pagos de incentivo a los hospitales de atención aguda por la calidad de atención que brindan a los beneficiarios de Medicare. El Programa HVBP fue establecido en la sección 1886(o) de la Ley de Seguro Social y forma parte de la estrategia más general de los CMS para reformar la manera en que se provee y se paga la atención médica.

Costos ajustados por el riesgo son los costos totales que se prevén, ajustados según el estado de salud del beneficiario y la información demográfica

Costos principales son los costos vinculados con el diagnóstico principal.

Costos totales son la suma de todos los costos vinculados con todos los códigos de diagnóstico.

Denominador es el número de altas para una medida específica que se usan para los cálculos de medidas de calidad.

Diagnóstico indica una condición o enfermedad específica que afecta a los pacientes hospitalizados.

Diagnóstico principal es la condición establecida después del análisis que se determina como el motivo principal de la admisión del paciente al hospital para recibir atención. El diagnóstico principal siempre será el motivo de la admisión (definición según la Ley Uniforme (UB-92)).

Diagnósticos principales correspondientes se refieren a los diagnósticos principales que aparecen con el procedimiento que usted ha seleccionado; por ejemplo, “¿para cuáles condiciones reciben los pacientes un reemplazo total de la cadera?”

Discapacitado se refiere a los pacientes cuya elegibilidad (original o actual) para Medicare aparece como discapacitado o ESRD/discapacitado en el RIF MBSF.

Elegibilidad doble incluye a los pacientes que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Encuesta de Evaluación del Consumidor del Hospital de Proveedores y Sistemas de Atención

Médica (HCAHPS) es una encuesta y metodología estandarizada para la recopilación de datos que se ha utilizado desde el año 2006 para medir las perspectivas de los pacientes en cuanto a la atención hospitalaria.

Enfermedad Renal en Etapa Final se refiere a los pacientes cuya elegibilidad (original o actual) para Medicare aparece como ESRD o ESRD/discapacitado en el RIF MBSF.

Exclusión de Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP) es cuando el hospital no ha informado las medidas o casos mínimos que corresponden al hospital para el período de desempeño del año fiscal, de acuerdo con las secciones 1886(o)(1)(C)(ii)(III) y 1886(o)(1)(C)(ii)(IV) de la Ley de Seguro Social.

Grupo etario, en años, se calcula con base en la edad del beneficiario al fin del año anterior.

Hospital Inelegible es un hospital que no cumple con los requisitos legales para ser incluido en el programa HVBP. Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes: Los Hospitales de Acceso Crítico, hospitales oncológicos exentos de PPS, y hospitales para niños.

Indicadores de Calidad de la Prevención (PQI) son medidas que se pueden utilizar con los datos del alta hospitalaria de los pacientes para identificar las “condiciones sensibles de atención ambulatoria.” Estas son condiciones para las que la buena atención ambulatoria podría evitar la necesidad de hospitalización o para las cuales la intervención temprana podría evitar complicaciones o enfermedades más graves.

Indicadores Urbanos/Rurales – La capacidad de distinguir entre los condados urbanos y los condados rurales ha sido incorporada en la Herramienta MMD, clasificando cada condado con los datos de la Oficina Nacional de Investigación Económica.⁷¹ Según esta clasificación, la Oficina de Gerencia y Presupuesto de los EE. UU. designa a los condados como *metropolitanos* (una zona urbana central con población de 50,000 o más), *micropolitano* (una zona urbana central con

⁷¹ Oficina Nacional de Investigación Económica (NBER). SSA a FIPS Cruce de Condados CBSA y MSA. Cambridge, MA: NBER. Consultado en enero de 2015. <http://www.nber.org/data/cbsa-ssa-county-crosswalk.html>

población de 10,000 o más, pero menor de 50,000), o ninguna de estas clasificaciones.⁷² La Herramienta MMD presenta las zonas *metropolitanos* y *micropolitanos*, conocidas como zonas estadísticas de base central (CBSA), como “urbanas,” y toda otra zona (es decir, condados que no forman parte de una CBSA) como “rurales.”

Líneas geográficas se obtuvieron utilizando las Normas Federales de Procesamiento de Información (FIP) de cinco cifras, las cuales identifican de manera única los condados y equivalentes de condados en los Estados Unidos, ciertos territorios de los EE. UU., y ciertos estados libres asociados.

Los Puntos de Consistencia se otorgan mediante una comparación de las tasas de dimensiones de la Encuesta HCAHPS de un hospital individual durante el período de desempeño con las tasas de la Encuesta HCAHPS de todos los hospitales durante un período de referencia:

Medicaid incluye pacientes de Medicaid con planes de tarifa por servicio (FFS) y de atención administrada.

Medicare incluye pacientes de Medicare con planes de tarifa por servicio (FFS) y de atención administrada.

Medidas de Procesos Clínicos Elegibles de la Atención son el número de medidas en el dominio de Proceso Clínico de la Atención en las que el hospital alcanzó el mínimo de casos (10) para al menos el mínimo de medidas (4).

Mínimo es el desempeño del hospital con el peor desempeño en cada dimensión de Experiencia con el Cuidado del Paciente en el programa HVBP. Se utiliza el mínimo para calcular la Puntuación de Consistencia de cada hospital para el dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente.

Numerador es el número de pacientes que han recibido la atención específica para una medida de calidad determinada.

Período de Desempeño es el período de tiempo en el programa HVBP que se utiliza para identificar la tasa de desempeño del hospital para un año determinado del programa.

Período de Tiempo de Referencia es el período de tiempo que se utiliza para establecer los estándares de desempeño (es decir, umbrales y promedios) para un año determinado del programa HVBP.

Ponderación es el porcentaje que se asigna a cada dominio HVBP, con la suma de las ponderaciones de los dominios siendo el 100 por ciento.

⁷² Oficina del Censo de los EE. UU. Términos y Conceptos Geográficos. Washington, DC: Oficina del Censo. Consultado en enero de 2015. <https://www.census.gov/topics/housing/housing-patterns/about/core-based-statistical-areas.html>

Promedio es la media del máximo decil del desempeño de todos los hospitales en una medida o dimensión durante el período de referencia en el programa HVBP. Este es el punto final del rango de rendimiento, lo cual se utiliza para determinar los puntos de rendimiento del hospital en cada medida o dimensión. Un hospital cuyo desempeño durante el período de desempeño es mayor del promedio en una medida o dimensión recibirá el máximo de 10 puntos de rendimiento.

Puntuación de Rendimiento Total (TPS) es el cálculo de la puntuación de desempeño general del hospital con base en un total ponderado de las puntuaciones de dominio del hospital en el programa HVBP.

Puntaje de Dimensión es el puntaje que se otorga para un hospital por cada dimensión de Experiencia de Cuidado del Paciente en el programa HVBP, con base en los puntos de Mejora y Rendimiento, según cuál sea mayor.

Puntos de Mejora son el número de puntos otorgados (de 0-9) para cada medida o dimensión en el programa HVBP con base en la posición del período de desempeño del hospital en el rango de mejoras, lo cual se define como el rango que abarca desde el desempeño del hospital en esa medida o dimensión durante el período de referencia hasta la comparación. Estos se calculan para cada medida de Proceso Clínico y dimensión de Experiencia del Paciente.

Puntos de Rendimiento son el número de puntos otorgados (de 0–10) para cada medida o dimensión con base en la posición del período de desempeño del hospital en el rango de rendimiento, lo cual se define como el rango que abarca desde el umbral de rendimiento hasta el promedio. Se calculan los puntos de rendimiento por cada medida de Proceso Clínico y dimensión de Experiencia del paciente en el programa HVBP.

Puntuación Base de HCAHPS es uno de dos componentes del dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente en el programa HVBP, es la suma de las puntuaciones del hospital de las ocho (8) dimensiones de Experiencia con el Cuidado del Paciente. Un hospital puede recibir un total de 80 puntos hacia su dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente.

Puntuación de Condición/Procedimiento presenta la puntuación del hospital para la condición o procedimiento y es la suma de las medidas de esa condición o procedimiento.

Puntuación de Consistencia de HCAHPS es uno de dos componentes del dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente en el programa de HVBP, puntos de consistencia, que varían de 0–20; incentiva a los hospitales a lograr, como mínimo, un desempeño medio (es decir, del 50.º percentil) en las ocho dimensiones del dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente. Se otorgan los Puntos de Consistencia según la dimensión más baja del hospital de entre las ocho dimensiones, comparada con el mínimo.

Puntuación de Medida es el puntaje que se otorga para un hospital por cada medida de Proceso de Clínico Atención en el programa HVBP, con base en los puntos de Mejora y Rendimiento, según cuál sea mayor.

Puntuación del Dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente es la suma de las puntuaciones de dimensión del hospital (es decir, el puntaje más alto entre el de mejora y el de rendimiento) y su puntaje de consistencia para el dominio de Experiencia con el Cuidado del Paciente en el Programa HVBP. Esta puntuación se considera "no ponderada" hasta que se aplique la ponderación del dominio, cuando se convierte en la puntuación "ponderada" del dominio.

Puntuación del Dominio de Proceso Clínico de Atención es la suma de las puntuaciones de medidas del hospital (es decir, el puntaje más alto entre el de mejora y el de rendimiento) para el dominio de Proceso Clínico de Atención en el Programa HVBP. Esta puntuación se considera "no ponderada" hasta que se aplique la ponderación del dominio, cuando se convierte en la puntuación "ponderada" del dominio. Esto presenta la puntuación del hospital para la condición o procedimiento y es la suma de las medidas de esa condición o procedimiento.

Puntuación No Ponderada del Dominio es la suma bruta de las puntuaciones de medidas del hospital para todos los dominios del Programa HVBP.

Puntuación Normalizada del Dominio de Proceso Clínico de Atención es el resultado de un cálculo que solamente considera las medidas del dominio de Proceso Clínico de Atención en el programa HVBP para la cual el hospital tenía el número mínimo de casos. Con el fin de no penalizar los hospitales que no alcanzan el número mínimo de casos para una medida específica, este cálculo incluye los puntos solamente para las medidas para las cuales el hospital tenía el número mínimo de casos, que se divide por el total de puntos posibles de esas medidas con el número mínimo de casos.

Puntuación Ponderada del Dominio es el producto obtenido al multiplicar la puntuación no ponderada del dominio por la ponderación del dominio. Esta se utiliza para el cálculo de la TPS en el Programa HVBP.

Tasa de Desempeño se basa en los numeradores y denominadores para cada medida o dimensión en el Programa HVBP durante el período de desempeño. La tasa se calcula mediante la división de cada medida o denominador de la dimensión por su numerador.

Tasa de Referencia (o Tasa del Período de Referencia) es la tasa de desempeño del hospital en una medida o dimensión durante el período de referencia del programa HVBP. La tasa se basa en los numeradores y denominadores para cada medida o dimensión durante el período de referencia. La tasa se calcula mediante la división de cada medida o denominador de la dimensión por su numerador.

Tasas de hospitalización son la frecuencia de las altas hospitalarias de los pacientes por una enfermedad específica durante un año determinado, presentada por cada 1,000 beneficiarios.

Tasas de prevalencia son la proporción de la subpoblación que se determina que padece de una enfermedad específica durante un año determinado.

Tasas de visitas al departamento de emergencias son la proporción de la subpoblación admitida por el DE, presentada por cada 1,000 beneficiarios.

Umbral de Rendimiento es la tasa del 50.º percentil del desempeño de todos los hospitales en una medida o dimensión durante el período de referencia. Este es el inicio para el rango de rendimiento, lo cual se utiliza para determinar los puntos de rendimiento del hospital en cada medida o dimensión del programa HVBP de los CMS. Un hospital cuyo desempeño durante el período de desempeño es mayor del umbral de rendimiento en una medida o dimensión recibirá puntos de rendimiento.