



**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 | 26 de julio 2024

Índice

1. Revisiones y Actualizaciones a la Documentación Técnica.....	1
2. Propósito del Análisis.....	6
2.1 Introducción.....	6
2.2 Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Población	6
2.3 Herramienta de Proyección las Disparidades en Medicare (MMD) - Visualización de Hospitales	7
2.4 Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH).....	7
3. Datos y Análisis.....	8
3.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población.....	8
3.2 Herramienta MMD -- Visualización de Hospitales.....	10
3.3 Herramienta MMD – Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH).....	10
4. Metodología	11
4.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población.....	11
4.2 Visualización de Hospitales de MMD.....	24
4.3 Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH)	32
5. Análisis de Medidas por el Número de Condiciones Crónicas en la Visualización de Población	34
6. Estandarización de las Medidas por la Edad en la Visualización de Población.....	34
7. Distribución Espacial Uniforme de las Medidas en la Visualización de Población.....	34
8. Población del Análisis en la Visualización de Población.....	35
9. Supresión en la Visualización de Población	35
10. Utilizando la Herramienta MMD	36
10.1 Visualización de Población	36
10.2 Visualización de Hospitales.....	39
10.3 Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud	40
11. Otras Funciones de la Herramienta MMD.....	40
11.1 Visualización de Población.....	40
11.2 Visualización de Hospitales.....	41
Apéndice A: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Población	42
A.1 Datos	42
A.2 Metodología Ampliada	43
A.3 Actualizaciones de los Datos Socioeconómicos.....	71
Apéndice B: Datos y Metodología Aumentada – Visualización de Hospitales	73
B.1 Datos	73
B.2 Metodología Ampliada	73
Glosario.....	80

Lista de Tablas

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	13
Tabla 3.	Datos y Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Otras Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes	17
Tabla 4.	Definiciones que se Utilizan en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Servicios Preventivos.....	21
Tabla 5.	Definiciones empleadas en la Herramienta de Proyección de Disparidades en Medicare – Visualización de Hospitales	24
Tabla 6.	Promedio de la Tasa Nacional No Ajustada de Readmisión (o Visitas No Planificadas al Hospital) por Condición	28
Tabla 7.	Medidas de los Determinantes Sociales de la Salud y Fuentes de los Datos	32
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 (FFS).....	44
Tabla A.2.	Obteniendo la Población del Análisis para las Tasas de Prevalencia de Enfermedad Renal en Etapa Final y Discapacidad (FFS).....	46
Tabla A.3.1	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones (FFS).....	49
Tabla A.3.2	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones (MA)	50
Tabla A.4.1	Especificaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y el Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas (FFS) 2021-2020	51
Table A.4.2	Especificaciones de los Centros para el Control y la Prevención y del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas and Chronic Conditions Data Warehouse Specifications (FFS) 2021-2022	52
Tabla A.5.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida del Indicador de Calidad de la Prevención (FFS).....	55
Tabla A.6.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Visitas al Departamento de Emergencias (FFS)	59
Tabla A.7.	Especificaciones de Visitas al Departamento de Emergencias.....	60
Tabla A.8.	Obteniendo la Población del Análisis para la Visita Anual de Bienestar (FFS)	61
Tabla A.9.	Obteniendo la Población del Análisis para el Examen Físico Preventivo Inicial (FFS).....	62
Tabla A.10.	Obteniendo la Población del Análisis para el Examen para Detectar el Cáncer Colorrectal (FFS).....	63
Tabla A.11.	Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos de Mamografía de Evaluación (FFS).....	64
Tabla A.12.	Obteniendo la Población del Análisis para la Prueba Evaluativa de Papanicolaou y el Examen Pélvico de Evaluación (FFS).....	65
Tabla A.13.	Obteniendo la Población del Análisis para Exámenes de Detección del Cáncer de Próstata (FFS).....	66
Tabla A.14.	Obteniendo la Población del Análisis para el Examen de Detección de Cáncer Cervical con Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) (FFS)	67

Tabla A.15. Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Servicios Preventivos (FFS).....	68
Tabla A.16.1 Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Pacientes Hospitalizados (FFS).....	69
Tabla A.16.2 Obteniendo la Población del Análisis para las Medidas de Pacientes Hospitalizados (MA).....	70
Tabla A.17. Ponderaciones de Edad para la Medida de Prevalencia de 2012 (FFS).....	70
Tabla A.18. Cálculo de las Medidas Socioeconómicas.....	72
Tabla B.1. Lista de PSI de AHRQ.....	74
Tabla B.2. Dimensiones de la Experiencia del Paciente.....	75
Tabla B.3. Lista de Medidas IPFQR.....	77
Tabla B.4. Lista de Medidas PCHQR.....	78
Tabla B.5. Lista de Medidas Efectivas de Cuidado.....	79

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
Función Nueva	6/26/24	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron todas las causas de neumonía, anemia, hiperplasia prostática benigna, cataratas, cáncer endometrial, glaucoma, fractura de cadera/pélvica, hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson y parkinsonismo secundario y cáncer urológico como condiciones bajo la Visualización de Población de Medicare afiliada al programa de pago por servicios (FFS), iniciando con las reclamaciones finales de Medicare FFS para 2022.
Datos Nuevos	6/26/24	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron las reclamaciones finales de Medicare FFS para 2022 a la Visualización de Población.
Datos Nuevos	5/8/24	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron los datos de Medicare Advantage de 2019 a la Visualización de Población. Se añadieron los datos sobre saturación y utilización del mercado a la Visualización de Población con los datos del año calendario 2022. 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 2022. Se actualizó la Visualización de Hospitales con los datos publicados en enero de 2024 por Hospital Compare. Se eliminó 1 medida que no tenía datos de Hospital Compare y se volvieron a añadir 3 medidas eliminadas durante la actualización hecha en 4/19/23.
Datos Nuevos	10/25/23	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron reclamaciones preliminares de Medicare FFS a la Visualización de Población. Se añadieron datos sobre los determinantes sociales de la salud (SDOH) a nivel de estado y condado para 2020 a la Visualización de Población.
Función Nueva	10/25/23	<ul style="list-style-type: none"> Se añadió la Visualización de los determinantes sociales de la salud (SDOH) a nivel de distrito censal a la Herramienta MMD. Esta visualización incluye 7 nuevas medidas de los SDOH usando los datos del 2020. Se añadió la anemia falciforme como una condición para la población de Medicare FFS bajo la Visualización de Población, iniciando con las reclamaciones preliminares de Medicare FFS para 2022.

Tema	Fecha	Descripción
Función Nueva	7/26/23	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron los datos de Medicare Advantage (MA) de 2018 a la Visualización de Población. • Se añadió el Dominio de salud conductual a la Visualización de Población de Medicare FFS. Estas condiciones se encontraban anteriormente bajo el dominio de condiciones crónicas o posiblemente incapacitantes. • Se añadió la categoría 65+ años para Medicare FFS en 2021 y para Medicare Advantage en 2018 a la Visualización de Población.
Datos Nuevos	7/26/23	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones finales de Medicare FFS para 2021 a la Visualización de Población. • Se añadió una medida adicional sobre la saturación del mercado (es decir, usuarios por proveedor) a la Visualización de Población. • Se añadieron condiciones debido al trastorno por consumo de alcohol (DUD) para la población de Medicare FFS bajo la Visualización de Población.
Datos Nuevos	4/19/23	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2021. • En la Visualización de Población, se añadieron el número de proveedores y el número de usuarios por proveedor para seis tipos de servicios médicos (programa de rehabilitación cardíaca, diálisis, oftalmología, servicios preventivos de salud, psicoterapia y telemedicina) con los datos de los CMS sobre saturación y utilización del mercado. • Se actualizó la Visualización de Hospitales con los datos publicados en enero de 2023 por Hospital Compare. Se añadieron 11 nuevas medidas y se eliminaron 3 medidas sin usar los datos de Hospital Compare.
Datos Nuevos	10/12/22	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones finales de Medicare FFS para 2020 y las reclamaciones preliminares de Medicare 2021 para 2021 a la Visualización de Población. • En la Visualización de Población, para las reclamaciones de Medicare FFS de 2020 y 2021 se usaron los nuevos grupos raciales y étnicos basados en la Metodología Bayesiana de geocodificación mejorada de apellidos (MBISG, por sus siglas en inglés). • Para el análisis de 2021, y en adelante, se usan los algoritmos e indicadores actualizados sobre 30 condiciones crónicas del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (CCW).
Datos Nuevos	8/17/22	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2020. • Se actualizó la Visualización de Hospitales con los datos publicados en enero de 2022 por Hospital Compare.

Tema	Fecha	Descripción
Datos Nuevos	10/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Se añadieron las reclamaciones finales de Medicare para 2019 (en su totalidad) y las reclamaciones preliminares de Medicare para 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).
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).

Tema	Fecha	Descripción
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.
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.

Tema	Fecha	Descripción
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 de 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 año calendario 2016, aumentando así la cobertura a 2012-2016.
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 condiciones crónicas, categorizadas como "Condiciones Crónicas o Posiblemente Incapacitantes," así ampliando la cobertura de las condiciones 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.

Tema	Fecha	Descripción
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 esta actualización.
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.
Tablas Actualizadas	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se añadieron nuevas tablas y, por lo tanto, se han desplazado los números de las tablas en comparación con la última versión de la documentación. Se actualizaron los contenidos de varias tablas.
Correcciones	7/19/2017	<ul style="list-style-type: none"> Se corrigieron 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 incluye tres visualizaciones: la Visualización de Población, la Visualización de Hospitales y la Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud.

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

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.

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.

Además de los resultados sanitarios, las medidas de utilización y gastos, la Herramienta MMD también presenta el número de proveedores, además del número de usuarios por proveedor, para determinados tipos de servicios médicos (es decir, programa de rehabilitación cardíaca, diálisis, oftalmología, servicios preventivos de salud, psicoterapia y telemedicina) a nivel de estado y de condado para identificar y visualizar posibles disparidades en la disponibilidad de proveedores de servicios según la ubicación geográfica. Para el año 2020, la Visualización de Población también incluye las 7 medidas seleccionadas de los determinantes sociales de la salud presentadas a nivel de condado, y 6 medidas que también se presentan a nivel de estado.

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).

2.4 Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH)

La Visualización de los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés) está diseñada para proporcionarle a los usuarios una lista de factores que no son médicos y que influyen en la utilización y los resultados de salud. La visualización presenta datos públicos a nivel de condado y distrito censal que aplican a todos los individuos u hogares (no solo a la población de Medicare) en una zona geográfica determinada para 7 medidas de los determinantes sociales de la salud en cuatro dominios. Estos incluyen grado de escolaridad, acceso y calidad de la salud, medio ambiente y

contexto social y comunitario. Los datos presentados son del 2020. Es posible que se incluyan los datos sobre otras medidas, dominios y años en futuras implementaciones.

3. Datos y Análisis

3.1 Herramienta MMD -- Visualización de Población

Dos poblaciones están disponibles en la Visualización de Población: el programa de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) de Medicare y Medicare Advantage (MA). Los datos utilizados para el análisis de pago por servicio 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.

El número de proveedores, junto con el número de usuarios por proveedor y el número de beneficiarios de FFS, se extrajeron del conjunto de datos de los CMS sobre saturación y utilización del mercado², los cuales se publicaron en abril de 2024. Este conjunto de datos proporciona información sobre la densidad de proveedores que prestan un servicio determinado en una zona geográfica definida comparado con el número de beneficiarios de FFS en dicha zona. Para la medida de número de proveedores, un proveedor se define como alguien que presta servicios en un condado si el proveedor ha pagado las reclamaciones de 11 o más beneficiarios en ese condado a lo largo del año calendario. De igual manera, un proveedor se define como una persona que presta servicios en un estado si el proveedor presta sus servicios en al menos un condado en dicho estado. Las reclamaciones de Medicare se usan para definir las zonas geográficas donde un proveedor presta sus servicios, en vez del lugar donde el proveedor tiene su oficina. Para las medidas de número de usuarios por proveedor y número de beneficiarios de FFS, un beneficiario de FFS es una persona afiliada a la Parte A o Parte B que haya tenido cobertura de FFS por lo menos durante un mes del año calendario referenciado. Para ser incluida en el conjunto de datos, una persona afiliada no puede tener una fecha de defunción en dicho mes y debe tener un código postal válido para que pueda ser asignada a un condado.³

La Herramienta MMD actualmente presenta el número de proveedores para los siguientes servicios:

- Programa de rehabilitación cardíaca
- Diálisis
- Oftalmología
- Servicios preventivos de salud
- Psicoterapia
- Telemedicina

En la Herramienta, estos servicios aparecen bajo el menú desplegable de Condición/Servicio cuando se selecciona Número de Proveedores en el menú Medida. Cuando se selecciona un servicio, la Herramienta muestra un número de proveedores junto con el número de usuarios por proveedor y el

² CMS Market Saturation and Utilization Summary: [Market Saturation & Utilization State-County - Centers for Medicare & Medicaid Services Data \(cms.gov\)](#)

³ Para más detalles sobre la metodología, consulte Metodología de saturación y utilización del mercado en el estado/condado. Datos de Servicios de los Centros de Medicare y Medicaid (cms.gov)

número de beneficiarios de FFS en un condado o estado. Estas medidas están disponibles de 2015 a 2021 para todos los servicios, excepto para la Telemedicina, la cual está disponible de 2017 a 2021.

Los datos empleados en el análisis de la población de Medicare Advantage provienen de los archivos de visitas médicas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para pacientes hospitalizados, beneficiarios de Medicare, afiliados al programa Medicare Advantage (MA). Estos datos están disponibles en los CMS a través del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (CCW; www.ccwdata.org/web/guest/home). Estos archivos de visitas médicas de Medicare se usaron para el análisis de MA, junto con el Archivo Resumido del Beneficiario Principal (MBSF) de los CMS y los Datos provisionales para el análisis (PAD) del archivo de visitas médicas de Medicare Advantage de la Oficina de Análisis y Datos Empresariales (OEDA).

El análisis de MA incluye al 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente en el programa Medicare Advantage durante el año seleccionado (2018 o 2019). 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. También a los beneficiarios que iniciaron su afiliación a mitad de un año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Excluimos a los beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de pago por servicio (FSS) durante el año.

La Visualización de Población también presenta 7 medidas de los determinantes sociales de la salud a nivel de condado entre la población de Medicare FFS en el año 2020. Seis de esas medidas también están disponibles a nivel de estado. Vea la sección 4.3 para detalles sobre las medidas de los determinantes sociales de la salud (SDOH) y las fuentes de datos asociadas.

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.⁴ 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.⁵

3.3 Herramienta MMD – Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH)

Los datos empleados en el análisis de la visualización de los determinantes sociales de la salud (SDOH) provienen de varias fuentes de datos (p. ej., la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) de la Oficina del Censo de EE. UU. y el programa PLACES de los CDC). Vea la sección 4.3

⁴ Disponible en: <https://es.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

⁵ Es posible que los datos no estén disponibles para algunos hospitales debido a una población limitada de casos elegibles.

para detalles sobre los datos y la población empleada para cada medida en la Visualización de los SDOH en la herramienta MMD.

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 muestra los detalles de las "condiciones crónicas principales" que se incluyen en la Herramienta MMD, mientras la Tabla 3 muestra los detalles de las "otras condiciones crónicas o posiblemente incapacitantes", "condiciones de salud conductual" y "COVID-19".

Con base en una síntesis de la metodología de datos de Medicare de los CMS para el COVID-19 (disponible en [metodología de Medicare para el COVID \(cms.gov\)](https://www.cms.gov/medicare/health-plans/medicareadvgtg/specratestats/risk-adjustors-items/risk2015.html) se añadió la tasa de prevalencia del COVID-19 para 2020 y 2021, 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.⁶ 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 \$9,276.26.⁷ Se mantiene la misma cantidad para el costo total estándar para cada año para permitir comparaciones

⁶ 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.

⁷ Software de los CMS de Ajuste de Riesgo de 2015, V2213.79.L2, Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/MedicareAdvgtgSpecRateStats/Risk-Adjustors-Items/Risk2015.html?DLPage=1&DLEntries=10&DLSort=0&DLSortDir=descending>

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). 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 condiciones 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.ccwdata.org/documents/10280/19139421/other-condition-algorithms-and-reference-list-opioids.pdf>. Vea el Apéndice A para más detalles, incluyendo la metodología de CCW.

En marzo de 2022, el Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (CCW) publicó una versión actualizada de los 30 indicadores de condiciones crónicas principales para remplazar la versión anterior que tenía indicadores para 27 condiciones crónicas. Puede consultar el análisis del CCW sobre esta actualización al algoritmo en <https://www2.ccwdata.org/documents/10280/19002256/ccw-condition-categories-impact-of-transition-from-27-to-30.pdf?t=1650547850837>. Como muestra el análisis del CCW, hubo cambios significativos en las tasas de prevalencia de algunas condiciones debido a la actualización que se le hizo al algoritmo. Los nuevos indicadores de condiciones crónicas se aplican a las actualizaciones de datos de reclamaciones preliminares de FFS para 2021 y en adelante.

Cabe señalar que los nombres de varias condiciones cambiaron de una versión a la otra de los algoritmos. Para ser coherentes con los años anteriores, mantuvimos el uso de los nombres de condiciones existentes en la Herramienta MMD. El único tratamiento especial es que se recreó el indicador Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados o Demencia Senil, como se había especificado en la versión anterior del algoritmo de condición crónica, y se combinaron los dos nuevos indicadores de Enfermedad de Alzheimer y Demencia sin Alzheimer. Los dos algoritmos de condiciones crónicas pueden consultarse en: [Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas – Condiciones Crónicas \(ccwdata.org\)](https://www2.ccwdata.org/).

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"> • Todas las causas de neumonía • Infarto agudo de miocardio • Enfermedad de Alzheimer, trastornos asociados o demencia senil • Anemia • Asma • Fibrilación atrial • Hiperplasia prostática benigna • Cáncer de mama • Cáncer (mama, colorrectal, pulmonar o de próstata)^[2] • Cataratas • Enfermedad renal crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las causas de neumonía (CCW) • Infarto agudo de miocardio (CDC) • Enfermedad de Alzheimer, trastornos asociados o demencia senil (CCW) • Anemia (CCW) • Asma (CCW) • Hiperplasia prostática benigna (CCW) • Cáncer de mama (CCW) • Cáncer (mama, colorrectal, pulmonar o de próstata) (CCW)^[2] • Cataratas (CCW) • Arritmia cardíaca (CDC) • Enfermedad renal crónica (CCW) • COPD (CCW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de diabetes a corto plazo (PQI 01) • Apéndice perforado (PQI 02; eliminada 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; eliminada en 2019) • Neumonía bacteriana (PQI 11) • Infección del tracto urinario (PQI 12) • Diabetes no controlada (PQI 14) • Amputación (PQI 16) 	<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"> • Todas las causas de neumonía • Infarto agudo de miocardio • Enfermedad de Alzheimer, trastornos asociados o demencia senil • Anemia • Asma • Fibrilación atrial • Hiperplasia prostática benigna • Cáncer de mama • Cáncer (mama, colorrectal, pulmonar o de próstata)^[2] • Catarata • Enfermedad renal crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Cáncer colorrectal • Depresión^[3] 	<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)

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"> • Cáncer colorrectal • Depresión^[3] • Diabetes • Cáncer endometrial • Glaucoma • Insuficiencia cardíaca • Fractura de cadera/pélvica • Hiperlipidemia (colesterol elevado) • Hipertensión • Hipotiroidismo • Enfermedad isquémica cardíaca • Cáncer de pulmón • Obesidad • Osteoporosis • Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo secundario • Cáncer de próstata • Artritis reumatoide /osteoartritis • Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos • Apoplejía/ataque isquémico transitorio • Cáncer urológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer colorrectal (CCW) • Depresión (CCW) [3] • Diabetes (CCW) • Cáncer endometrial (CCW) • Glaucoma (CCW) • Insuficiencia cardíaca (CDC) • Fractura de cadera/pélvica (CCW) • Hiperlipidemia (colesterol elevado) (CCW) • Hipertensión (CDC) • Hipotiroidismo (CCW) • Enfermedad isquémica cardíaca (CDC) • Cáncer de pulmón (CCW) • Obesidad (CCW) • Osteoporosis (CCW) • Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo secundario (CCW) • Cáncer de próstata (CCW) • Artritis reumatoide/osteoartritis (CCW) • Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (CCW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de admisiones generales de calidad de la prevención (PQI 90) • 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"> • Diabetes • Cáncer endometrial • Glaucoma • Insuficiencia cardíaca • Fractura de cadera/pélvica • Hiperlipidemia (colesterol elevado) • Hipertensión • Hipotiroidismo • Enfermedad isquémica cardíaca • Cáncer de pulmón • Obesidad • Osteoporosis • Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo secundario • Cáncer de próstata Artritis reumatoide /osteoartritis • Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos • Apoplejía/ataque isquémico transitorio • Cáncer urológico • 0, 1, 2 o 3 o + condiciones o “en general”, independientemente de la condición especificada^[6] • ESRD • Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador de la Tasa de Alteraciones Fisiológicas y Metabólicas Posquirúrgicas (PSI 10) • 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)

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"> • 0, 1, 2, o 3 o + condiciones^[4] • Discapacidad • Enfermedad renal en etapa final (ESRD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoplejía (CDC) • Cáncer urológico (CCW) • 0, 1, 2, o 3 o + condiciones o “en general”, independientemente de la condición especificada^[5] • ESRD • Discapacidad 					
Datos	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones (los tipos de reclamaciones dependen de la condición), exceptuando ESRD y discapacidad, que dependen de la razón para el beneficio. Según el 100% del MBSF 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las reclamaciones de pacientes hospitalizados de la 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. No se incluyen cáncer endometrial y urológico. 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 por una condición específica) para los beneficiarios que presentan 0, 1, 2 o 3 o + condiciones incluyendo desde infarto agudo de miocardio, enfermedad de Alzheimer, trastornos asociados o demencia senil, fibrilación atrial, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva (COPD), insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad isquémica cardíaca, depresión, artritis reumatoide/osteoartritis, osteoporosis, apoplejía/ataque isquémico transitorio, asma, hiperlipidemia (colesterol elevado), cáncer (mama, colorrectal, próstata y pulmón), obesidad, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

^[5] Identifica la hospitalización (es decir, no por una condición específica) para los beneficiarios que presentan 0, 1, 2 o 3 o + condiciones de la lista de 18 condiciones crónicas en la nota al pie de página nro. 4 arriba. La tasa global de hospitalización provee la tasa según las variables demográficas solamente, independientemente del número de condiciones crónicas.

^[6] Identifica la tasa de visitas al departamento de emergencias (es decir, no por una condición específica) para los beneficiarios que presentan 0, 1, 2 o 3 o + condiciones de la lista de 18 condiciones en la nota al pie de página nro. 4. La tasa global de visitas al departamento de emergencias proporciona la tasa según las variables demográficas solamente, independientemente del número de condiciones crónicas.

^[7] 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] 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> <p>Condiciones Hepáticas ^[2] Enfermedad Hepática, Cirrosis, y Otras Condiciones Hepáticas Hepatitis Viral (General)</p> <p>Esquizofrenia/Otros trastornos psicóticos ^[3] 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> <p>Limitaciones de Movilidad y Condiciones de Dolor Crónico ^[2] Fibromialgia, Dolor Crónico y Fatiga Esclerosis Múltiple y Mielitis Transversa Impedimentos de Movilidad Distrofia Muscular</p> <p>Condiciones Neurológicas ^[2] Epilepsia Migraña y Cefalea Crónica Espina Bífida y Otras Anomalías Congénitas del Sistema Nervioso Lesión Medular Lesión Cerebral Traumática y Trastornos Mentales No Psicóticos debido al Daño Cerebral</p> <p>Otras Condiciones Crónicas o Incapacitantes ^[2] Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) Leucemias y Linfomas Obesidad ^[3] Enfermedad Vasculiar Periférica (PVD) Úlceras por Presión y Crónicas Sensorial - Invidencia y Discapacidad Visual Sensorial - Sordera y Discapacidad Auditiva Anemia falciforme^[6]</p> <p>Otros Retrasos de Desarrollo</p>
Condiciones de salud conductual	Trastornos por ansiedad, trastorno bipolar, trastornos depresivos Trastorno por estrés postraumático (PTSD) Trastornos de la personalidad Esquizofrenia/otros trastornos psicóticos ^[3] Consumo de tabaco Trastorno por consume de alcohol (AUD) Trastorno por consume de drogas (DUD) Trastorno por consume 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, Indicador del OUD con base en la Utilización de la Terapia Asistida con Medicación. ^[4]
Covid-19	Covid-19 ^[5]

^[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, que se muestra 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 desarrolló 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 emergencias debido a sobredosis por opiáceos y envenenamientos. 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://www2.ccwdata.org/documents/10280/19140001/oth-cond-algo-oud.pdf>.

^[5] El dominio y la condición Covid-19 solamente están disponibles para las tasas de prevalencia y hospitalizaciones.

^[6] Debido a su baja prevalencia, los datos sobre la anemia falciforme se presentan para 100,000 beneficiarios y solo se pueden ver a nivel de estado con una estratificación demográfica a la vez.

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 población de pago por servicio (FFS) de la Herramienta MMD provee las tasas de hospitalización para las condiciones 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.⁸ 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 \(cms.gov\)](https://www.cms.gov/medicare/coverage/coverage-guides/covid-19)), añadimos la tasa de hospitalización por COVID-19 a partir de 2020.

La herramienta MMD también proporciona la tasa global de hospitalización (todos los beneficiarios combinados) para los beneficiarios de MA que recibieron cuidados intensivos a corto plazo en un año. Los resultados se presentan a nivel de estado, lo que permite seleccionar una característica del beneficiario a la vez (es decir, sexo, raza y etnia, grupo etario, razón original por la cual se tiene derecho al beneficio o elegibilidad doble).

⁸ Atlas Interactivo de Enfermedades Cardiovasculares y Apoplejías está disponible en: <https://nccd.cdc.gov/DHDSPAtlas/>

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.⁹ 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)¹⁰. Se 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 AHRQ¹¹.

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).¹² 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

⁹ 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

¹⁰ 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

¹¹ 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

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=QnetPublic%2FPPage%2FQnetTier4&c=Page>

beneficio).¹³ 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).¹⁴ 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 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).¹⁵ 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 las condiciones 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

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 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=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier4&c=Page>

¹⁵ 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.

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).¹⁶

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.¹⁷ 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 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, G0468	Servicios limitados a beneficiarios que tienen más de 12 meses de afiliación en Medicare.
Densitometría ósea	G0130, 77078, 77080, 77081, 76977, 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, G0327	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	

¹⁶ 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>

¹⁷ Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Prevention/PrevntionGenInfo/medicare-preventive-services/MPS-QuickReferenceChart-1.html>

Servicio preventivo	Códigos CPT/HCPCS	Criterios adicionales
Pruebas de detección de la Hepatitis C	G0472	
Pruebas de detección del VIH	G0432, G0433, G0435, G0475, 80081	
Vacuna contra influenza	90662, 90672, 90673, 90674, 90682, 90685, 90686, 90687, 90688, 90694, Q2039, G0008, 90756	
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, 71271	
Servicios de terapia médica de nutrición (MNT)	97802, 97803, 97804, G0270, G0271	
Vacuna neumocócica	90670, 90732, G0009, 90671, 90677	
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/PreventionGenInfo/medicare-preventive-services/MPS-QuickReferenceChart-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. Ambas, las poblaciones en el plan de pago por servicio (FFS) y en Medicare Advantage de la Herramienta MMD, proveen 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. La población en el FFS provee los datos según múltiples *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 o 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.¹⁸ 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 Herramienta MMD provee el promedio de días de hospitalización y de reembolsos de Medicare para la población en el FFS 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). La Herramienta MMD también presenta el promedio de días de hospitalización para la población en MA a nivel de estado, lo cual permite seleccionar una característica del beneficiario a la vez (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).

¹⁸ 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

4.1.12 Número de Proveedores

El número de proveedores, con la información complementaria sobre el número de usuarios por proveedor y el número de beneficiarios de FFS, provienen del conjunto de datos de los CMS sobre saturación y utilización del mercado para el estado/condado. El número de proveedores es el número de proveedores de un servicio específico en un condado o estado. Las reclamaciones de Medicare se usan para definir las zonas geográficas donde un proveedor presta servicios, en vez del lugar donde el proveedor tiene su oficina. Se define que un proveedor presta un servicio específico en un condado si dicho proveedor ha pagado reclamaciones para 11 o más beneficiarios ubicados en ese condado a lo largo del año calendario. Igualmente, se define que un proveedor sirve a un estado cuando presta sus servicios en al menos un condado en dicho estado. Para información más detallada sobre esta medida, por favor consulte la [Metodología sobre la saturación y utilización del mercado a nivel de estado/condado- Datos de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid \(cms.gov\)](#)¹⁹

4.1.13 Determinantes Sociales de Salud

Las medidas de los determinantes sociales de la salud muestran datos disponibles a nivel de estado y condado de los individuos y hogares sobre grado de escolaridad, acceso y calidad de la salud, medio ambiente y contexto social y comunitario. Los datos del índice de vulnerabilidad social (SVI) se presentan a nivel de condado solamente, dado que el SVI es un índice relativo a nivel de condado. Vea la Sección 4.3 para más detalles sobre estas medidas y la metodología.

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.

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

Área	Subdominio	Medidas
Readmisiones ²⁰	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)

¹⁹ Saturación y Utilización del Mercado en el Estado-Condado- Datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (cms.gov)

²⁰ Todas las medidas de readmisión son basadas en una tasa estandarizada de riesgo de 30 días.

Área	Subdominio	Medidas
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)
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 vías 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 Meticilina (MRSA) • Infecciones intestinales por Clostridium difficile (C.diff.)
Seguridad	Complicaciones de cadera/rodilla	Complicaciones de cadera/rodilla

Área	Subdominio	Medidas
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	Puntuaciones no ponderadas para cada área de las HVBP: <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación no ponderada del área de cuidado clínico normalizada • Puntuación no ponderada del área de eficiencia normalizada
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

Área	Subdominio	Medidas
Sistema de pago prospectivo (PPS) –Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos Exentos (PCHQR)	Informe de Calidad de Hospitales Oncológicos extintos	<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) • Infección del torrente sanguíneo asociada a la vía central (CLABSI): Razón estandarizada de infección (SIR) • Infecciones urinarias asociadas al catéter urinario (CAUTI): Razón estandarizada de infección (SIR) • Cobertura de la vacuna para la influenza entre el personal sanitario: Tasa de adherencia • Cobertura de la serie de vacunas primarias para el COVID-19 entre el personal sanitario: Tasa de adherencia
Cuidados Efectivos	Cuidados Efectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado apropiado para sepsis severa y choque séptico • Cobertura de los servicios principales de vacunación para el COVID-19 entre el personal sanitario: Tasa de adherencia. • Hora en que se tomó la decisión de admitir al DE. Hora de salida de pacientes admitidos – trastornos no psiquiátricos/de salud mental • Dado de alta con terapia antitrombótica • Terapia antitrombótica al final del segundo día en el hospital • Terapia anticoagulante para fibrilación/aleteo auricular • Dado de alta con medicamentos de estatina • Profilaxis del tromboembolismo venoso • Unidad de Cuidados Intensivos para profilaxis del tromboembolismo venoso

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:

$RSRR = (\text{Tasa de Readmisión Pronosticada} / \text{Tasa de Readmisión Esperada}) * \text{Promedio de la Tasa Nacional No Ajustada de Readmisión (o Visitas No Planificadas al Hospital) por Condición.}^{21}$

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 Condición²²

Condiciones	Tasa
Infarto de Miocardio Agudo (AMI)	14%
Cirugía de Injerto de Derivación de las Arterias Coronarias (CABG)	11%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)	19.3%
Insuficiencia Cardíaca (HF)	20.2%
Reemplazo de Cadera/Rodilla	4.3%
Neumonía (PN)	14.6%
Colonoscopia (tasa de visitas no planificadas al hospital)	16.9%

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.

²¹ 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 2018 al 30 de junio de 2021.

²² 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 2018 al 30 de junio de 2021.

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.

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.²³ 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.²⁴ Aunque frecuentemente son evitables, estas infecciones son una amenaza mayor para la seguridad del paciente.²⁵ 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.

²³ 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 23 de febrero de 2023.

http://www.qualityforum.org/Publications/2009/08/Composite_Measure_Evaluation_Framework_and_National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Mortality_and_Safety%E2%80%9494Composite_Measures.aspx

²⁴ 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.

²⁵ *Ibid.*

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;
- 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 26; 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.

Antes de la actualización de 2023, la Herramienta MMD incluía datos para cada uno de estos dominios además de la Puntuación de Rendimiento Total (TPS) agregado. Debido a la falta de datos actualizados, a partir de 2023 la herramienta solo incluye las puntuaciones en los dominios de atención clínica y eficiencia. Vea el Apéndice B.2.4 para las descripciones de la metodología utilizada para el cálculo del Puntuación de Rendimiento Total (TPS), las 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.²⁷ 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).²⁸ 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

²⁶ 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/measure>

²⁷ Vea <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/IPFQR.html>. Consultado el 23 de febrero de 2023.

²⁸ Vea <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/PCHQR.html>. Consultado el 23 de febrero de 2023.

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.²⁹ Vea el Apéndice B.2.6 para una lista de medidas PCHQR.

4.2.8 Cuidados Efectivos

El dominio de cuidados efectivos incluye medidas de calidad que buscan evaluar la puntualidad y eficiencia de la atención que se les proporciona a los pacientes.³⁰ Vea el Apéndice B.2.7 para una lista de medidas de cuidados efectivos.

4.3 Visualización de los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH)

A diferencia de las visualizaciones de Población y Hospitales, la visualización de determinantes sociales de la salud (SDOH) no publica los datos de reclamaciones y tampoco publica datos específicos de la población de Medicare. En cambio, muestra datos públicos disponibles a nivel de condado y distrito censal que aplican a todos los individuos u hogares en una zona geográfica determinada. Todos los datos que se presentan son de 2020. Sin seleccionar un estado, la herramienta muestra datos a nivel de condado para cada condado en Estados Unidos. Cuando se selecciona un estado, dicho estado muestra la medida seleccionada a nivel de distrito censal. Las siete medidas comprendidas en la visualización de los SDOH y las fuentes de sus datos se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Medidas de los Determinantes Sociales de la Salud y Fuentes de los Datos

Dominio	Medida	Fuente
Grado de escolaridad	Porcentaje que solo tiene un diploma de secundaria o su equivalente	Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS)
Acceso y calidad de la salud	Porcentaje al día en servicios preventivos (65+)	Programa PLACES, CDC
Medio ambiente	Material particulado (PM2.5)	Base de datos de AHRQ SDOH
Contexto social y comunitario	Índice de Vulnerabilidad Social (SVI)	SVI CDC
Contexto social y comunitario	Ingreso familiar medio	Base de datos de AHRQ SDOH
Contexto social y comunitario	Porcentaje de unidades de vivienda ocupadas por sus propietarios	Base de datos de AHRQ SDOH
Contexto social y comunitario	Porcentaje de viviendas sin vehículo	Base de datos de AHRQ SDOH

4.3.1 Grado de escolaridad

El dominio de grado de escolaridad contiene el porcentaje que solo tiene un diploma de secundaria o su equivalente. Esta medida se define como el porcentaje de la población de 25 años y mayores en una zona geográfica determinada que obtuvo un diploma de secundaria o su equivalente, pero que no ha

²⁹ *Ibid.*

³⁰ [Hospitales – Puntualidad y Eficiencia del Cuidado | Catálogo de Datos Sobre Proveedores \(cms.gov\)](#). Consultado el 6 de marzo de 2023.

completado ningún curso universitario. Estos datos provienen de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS).³¹

4.3.2 Acceso y calidad de la salud

El dominio de acceso y calidad de la salud contiene una medida: el porcentaje de personas, en la población de 65 años o mayores, que están al día en sus servicios preventivos. Esta medida se calcula como el promedio del porcentaje de hombres de 65 años o mayores y de mujeres de 65 años y mayores incluidos en la base de datos del programa PLACES de los CDC.³² Un individuo está al día con los servicios preventivos si han recibido todo lo siguiente:

- Una vacuna contra la influenza en el último año;
- una vacuna antineumocócica (PPV) en algún momento;
- una prueba de sangre oculta en heces (FOBT/FIT) en el último año; un análisis de ADN en una prueba inmunoquímica fecal (FIT-DNA) en los últimos 3 años; una sigmoidoscopia en los últimos 5 años; una sigmoidoscopia en los 10 años anteriores con una prueba de sangre en heces en el último año; una colonoscopia en los últimos 10 años o una colonografía por TC (colonoscopia virtual) en los últimos 5 años;
- una mamografía en los últimos 2 años (solamente para las mujeres).

4.3.3 Medio ambiente

El dominio de medio ambiente contiene una medida de material particulado (PM2.5) en la calidad del aire. PM2.5 se refiere a la concentración de partículas contaminantes que miden 2.5 micrómetros de ancho o más pequeñas y que están presentes en el aire. La serie de datos procede de la base de datos de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) sobre los SDOH, la cual recopila datos de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los EE. UU.³³

4.3.4 Contexto social y comunitario

El dominio de contexto social y comunitario contiene cuatro medidas: el índice de vulnerabilidad social (SVI), el ingreso familiar medio, el porcentaje de unidades de vivienda ocupadas por sus propietarios y el porcentaje de unidades de Vivienda sin vehículos. El SVI es calculado por los CDC agregando dieciséis series de datos de cuatro categorías: estado socioeconómico, características del hogar, estado de minoría racial y étnica y el tipo de Vivienda y transporte.³⁴

Las medidas que no son del SIV en el dominio de contexto social y comunitario incluyen datos de la base de datos de la AHRQ para los SDOH,³⁵ la cual agrega los datos a nivel de hogar provenientes de la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) de la Oficina del Censo.

³¹ [Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense \(ACS\) \(census.gov\)](https://www.census.gov)

³² [Definiciones de las medidas de prevención | Programa PLACES: Datos Locales para una Mejor Salud | CDC](#)

³³ Base de Datos de los Determinantes Sociales de la Salud | [Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica \(ahrq.gov\)](https://www.ahrq.gov)

³⁴ [Índice de Vulnerabilidad Social \(SVI\)](#) de los CDC/ATSDR

³⁵ Base de Datos de los Determinantes Sociales de la Salud | [Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica \(ahrq.gov\)](https://www.ahrq.gov)

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.2.8 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).³⁶

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.

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:

³⁶ Marshall, R.J. 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.

- 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 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, 2020, o 2021 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, condiciones de salud conductual o el COVID-19 en el menú de **Dominio**.³⁷

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 cinco grupos etarios (menores de 65, 65+³⁸, 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 seis grupos raciales y étnicos (todas, blanco, negro, asiático/isleño del Pacífico, hispano, nativo americano/nativo de Alaska) en la pestaña de **Raza y Etnia**. Tenga en cuenta que, a partir de 2020, la opción “Otro” en lo referente a la raza ya no está disponible como parte de los grupos raciales de la Metodología Bayesiana de geocodificación mejorada de apellidos (MBISG).
- 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**.

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

³⁷ Cuando se seleccionan servicios preventivos en la pestaña de Medida, se desactiva la elección hecha en la pestaña de Dominio.

³⁸ El grupo etario de 65 años o mayor se añadió a la publicación de datos de Medicare de 2021.

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 seis grupos raciales o étnicos diferentes (Todas, blanco, negro, asiático/isleño del Pacífico, 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.

10.3 Visualización de Determinantes Sociales de la Salud

La Visualización SDOH les permite a los usuarios generar consultas paso a paso, siguiendo los pasos a continuación.

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 de estado y nación. 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 visualización de la Población FFS de la Herramienta MMD utiliza los datos de reclamaciones administrativas de los CMS de 2012 a 2021, correspondientes a los beneficiarios de Medicare afiliados en el programa FFS, las cuales están disponibles de los CMS a través del CCW.³⁹ 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
- 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 MBSF⁴⁰ 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/territorio⁴¹
- Raza y Etnia: Raza o etnia del beneficiario⁴²

³⁹ Vea www.ccwdata.org. Se puede acceder a los diccionarios de datos para las RIF de CMS en www.resdac.org.

⁴⁰ El diccionario de datos está disponible en: <https://ccwdata.org/web/guest/data-dictionaries>

⁴¹ 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>

⁴² 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.

- Razón original por la cual se tiene derecho al beneficio: Razón original por la cual el beneficiario tiene derecho a Medicare

La visualización de Población de MA de la Herramienta MMD usa los datos de 2018 y 2019 de los archivos de visitas médicas de beneficiarios de Medicare inscritos en el programa Medicare Advantage (MA). Estos datos están disponibles en los CMS a través del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (CCW; www.ccwdata.org/web/guest/home). Estos archivos de visitas médicas de Medicare se usaron para el análisis de MA, junto con el Archivo Resumido del Beneficiario Principal (MBSF) de los CMS y los Datos provisionales para el análisis (PAD) del archivo de visitas médicas de Medicare Advantage, proporcionados por la de la Oficina de Análisis y Datos Empresariales (OEDA).

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 octubre de 2015 o después, los cuales aparecen en las reclamaciones administrativas de Medicare.^{43,44} 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, 2020, 2021 o 2022), 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, 2018, 2019, 2020, 2021 o 2022.

⁴³ 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

⁴⁴ 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>

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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁴⁵		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	7,183,601	7,162,692	7,356,204
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	26,323,945	28,989,227	31,295,580
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	32,394,361	30,889,191	29,614,997

⁴⁵ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021 o 2022). 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, 2020, 2021, o 2022.

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁴⁶		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,239,173
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	55,025	49,959	53,722
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	26,757,786	29,440,232	31,785,704
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	39,089,096	37,550,919	36,399,747

⁴⁶ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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.⁴⁷ 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.⁴⁸ 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.

A.2.2 Tasas de Hospitalización

La hospitalización de la población en un programa de pago por servicio (FFS) 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, 2018, 2019, 2020, 2021, o 2022). 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.3.1 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, 2018, 2019, 2020, 2021, o 2022.

La tasa de hospitalización de la población de Medicare Advantage se calcula identificando a los beneficiarios que fueron hospitalizados en instalaciones de cuidados intensivos a corto plazo que figuran en los datos de visitas médicas de Medicare y el archivo de datos provisionales para el análisis (PAD) de la Oficina de Análisis y Datos Empresariales (OEDA). La población de análisis incluye al 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare Advantage afiliados continuamente en Medicare

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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

Advantage para el año seleccionada (2018 o 2019). Asimismo, se incluyen en la población de 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 iniciaron su afiliación a mitad de un año, pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Excluimos a los beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de pago por servicio (FSS) durante el año. La Tabla A.3.2 muestra cómo la población que se usó para calcular esta medida se deriva a nivel nacional para los años 2018 y 2019.

Tabla A.3.1 Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁴⁹		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	460,288	452,807	466,167
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	26,710,705	29,391,705	31,734,575
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	38,730,914	37,196,598	36,066,039

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 Corazón y Apoplejías.⁵⁰ La Tabla A.4.1 and A.4.2 proporciona una comparación directa de las metodologías de los CDC y CCW para enfermedades cardiovasculares para los años de análisis 2012-2020 y 2021-2022, respectivamente. Las tasas de hospitalización del resto de las condiciones crónicas se basan en los códigos de diagnóstico del CCW.

⁴⁹ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

⁵⁰ Se pueden ver las tasas de hospitalización de los años pasados en: [Atlas Interactivo de Enfermedades Cardiovasculares y Apoplejías \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/atsinteractive/)

Tabla A.3.2 Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Hospitalizaciones (MA)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	Cantidad de beneficiarios	
		2018	2019
Total de afiliados en Medicare		62,930,784	64,430,729
Excluir a los beneficiarios sin afiliación continua o que están afiliados a Medicare FFS	(-)	41,847,260	41,756,496
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	21,083,524	22,674,233

Tabla A.4.1 Especificaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y el Repositorio de Datos sobre Condiciones Crónicas (FFS) 2021-2020

Medidas de hospitalización ^[1]

Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-9	Código de Diagnóstico de CIE-10
Enfermedad cardíaca isquémica	410-414, 429.2 [Diagnóstico Principal]	I20-I25 [Diagnóstico Principal]
Infarto agudo de miocardio	410 [Diagnóstico Principal]	I21-I22 [Diagnóstico Principal]
Trastornos del ritmo cardíaco	427 [Diagnóstico Principal]	I47-I49 [Diagnóstico Principal]
Insuficiencia cardíaca	428 [Diagnóstico Principal]	I50 [Diagnóstico Principal]
Hipertensión	401-405 [Diagnóstico Principal]	I10-I15 [Diagnóstico Principal]
Apoplejía	430-434, 436-438 [Diagnóstico Principal]	I60-I69 [Diagnóstico Principal]

Medidas de tasas de prevalencia y medidas de costos totales ^[2]

Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-9	Código de Diagnóstico de CIE-10	Período de Tiempo de Referencia	Tipos de Reclamaciones Utilizados
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 y Secundario]	I21-I22	1 años	IP
Fibrilación atrial	427.31 [Diagnóstico Principal y Secundario]	I48.0, I48.2, I48.91	1 año	IP, HOP, Portador
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	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 / 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>

Table A.4.2 Especificaciones de los Centros para el Control y la Prevención y del Repositorio de Datos de Condiciones Crónicas (FFS) 2021-2022

Medidas de hospitalización ^[1]		Medidas de tasas de prevalencia y costos totales ^[2]			
Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-10	Categoría de Enfermedad	Código de Diagnóstico de CIE-10	Período de Tiempo de Referencia	Tipos de Reclamaciones Utilizados
Enfermedad cardíaca isquémica	I20-I25 [Diagnóstico Principal]]	Enfermedad cardíaca isquémica	I20, I24-I25	2 años	IP, SNF, HHA, HOP, Carrier
Infarto agudo de miocardio	I21-I22 [Diagnóstico Principal]]	Infarto agudo de miocardio	I21-I23	1 año	IP
Trastornos del ritmo cardíaco	I47-I49 [Diagnóstico Principal]]	Fibrilación atrial	I48.0-I48.4, I48.91	2 años	IP, SNF, HHA, HOP, Carrier
Insuficiencia cardíaca	I50 [Diagnóstico Principal]]	Insuficiencia cardíaca	I09.81, I11, I13, I42-I43, I50, P29	2 años	IP, SNF, HHA, HOP, Carrier
Hipertensión	I10-I15 [Diagnóstico Principal]]	Hipertensión	H35.031-H35.033, H35.039, I10-I13, I15, I67.4, N26.2	2 años	IP, SNF, HHA, HOP, Carrier
Apoplejía	I60- I69 [Diagnóstico Principal]]	Apoplejía / ataque isquémico transitorio	G45.0-G45.3, G45.8-G45.9, G46.0-G46.8, G97.31-G97.32, I60- I63, I67.841, I67.848, I67.89, I97.810, I97.811, I97.820, I97.821	1 año	IP, HOP, Carrier

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/dhdsp/maps/atlas/data-sources.html>. Dado que los códigos de diagnóstico de CIE-10 no están disponibles por parte 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. 30 Categorías de Condiciones: Baltimore, MD: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; 2023. <https://www.cwdata.org/web/guest/condition-categories>.

A.2.3 Hospitalizaciones Prevenibles – PQI de AHRQ

La tasa de hospitalizaciones prevenibles se calcula con los PQI de AHRQ.⁵¹ 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.⁵² 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.⁵³

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, 2020, 2021, o 2022). Estos beneficiarios tienen 18 años o más y están afiliados en la Parte A de Medicare.⁵⁴ 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

⁵¹ 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

⁵² AHRQ. Especificaciones técnicas de los Indicadores de Calidad de la Prevención, Versión 2022. Disponible en:

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

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

⁵³ 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>

⁵⁴ 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.

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, 2020, 2021, o 2022.

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.⁵⁵

⁵⁵ Software SAS QI de AHRQ <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Software/SAS.aspx>

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
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	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	460,288	452,807	466,167
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	26,710,705	29,391,705	31,734,575
Excluir a beneficiarios menores de 18	(-)	2,116	2,053	1,933	1,806	1,657	1,653	1,582	1,531	1,436	1,367	1,277
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	38,729,478	37,195,231	36,064,762

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

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.⁵⁷

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, 2020, 2021 o 2022). 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 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.⁵⁸ Estas tasas a nivel del hospital luego se agregan para cada conjunto de características de beneficiarios para la Visualización de Población.

⁵⁷ 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%2FPPage%2FQnetTier4&c=Page>

⁵⁸ 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).

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.⁵⁹

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, 2020, 2021 o 2022). Estos beneficiarios tienen 18 años o más y están afiliados en la Parte A de 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.⁶⁰ Estas tasas a nivel del hospital luego se agregan para cada conjunto de características de beneficiarios para la Visualización de Población.

⁵⁹ 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%2FPPage%2FQnetTier4&c=Page>

⁶⁰ 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).

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, 2020, 2021 o 2022). 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.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, 2020, 2021 o 2022.

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
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	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	7,183,601	7,162,692	7,356,204
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	26,323,945	28,989,227	31,295,580
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	32,394,361	30,889,191	29,614,997

Se calculan las tasas DE según la orientación que ResDAC ha proporcionado.⁶² La Tabla A.7 provee una lista de los códigos del centro de ingresos necesarios para determinar una visita al DE.

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

⁶² 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>

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

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, 2020, 2021 o 2022). 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, 2020, 2021 o 2022.

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, 2020, 2021 o 2022. 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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶³		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	2,434,823	2,284,093	2,173,309
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	31,187,515	29,754,413	28,574,375

⁶³ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021, o 2022. 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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁴		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	31,187,506	29,753,057	28,574,363
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	2,434,832	2,285,449	2,173,321

⁶⁴ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021 o 2022. 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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁵		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	1,566,152	1,396,040	1,248,000
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	32,056,186	30,642,466	29,499,684

⁶⁵ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021, o 2022. 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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁶		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	15,331,581	14,599,063	13,994,659
Excluir a mujeres beneficiarias menores de 35 años	(-)	285,742	280,525	263,121	246,156	231,041	214,715	200,805	183,831	184,554	165,872	149,017
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	18,106,203	17,273,571	16,604,008

⁶⁶ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 o 2022. 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 (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁷		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	15,331,581	14,599,063	13,994,659
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	18,290,757	17,439,443	16,753,025

⁶⁷ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021, o 2022. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que los beneficiarios sean hombres de 50 años o mayores.

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁸		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	18,290,748	17,439,431	16,753,013
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	868,775	784,640	710,488
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	14,462,815	13,814,435	13,284,183

⁶⁸ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021 o 2022. Además de los requisitos de inscripción descritos arriba, este servicio también exige que las beneficiarias sean mujeres de entre 30 a 65 años.

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁶⁹		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	15,331,581	14,599,063	13,994,659
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	15,411,412	14,876,611	14,475,101
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	2,879,345	2,562,832	2,277,924

⁶⁹ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

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, 2020, 2021 o 2022.

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

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁷⁰		53,597,183	55,277,442	56,861,574	58,416,170	59,818,481	61,251,808	62,930,784	64,430,729	65,901,907	67,041,110	68,266,781
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	5,514,844	5,555,195	5,737,995
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	26,764,725	29,447,409	31,781,102
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	33,622,338	32,038,506	30,747,684

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.

⁷⁰ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

A.2.9 Medidas de Admisión como Paciente Hospitalizado

La población del análisis para FFS 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.16.1 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 2022.

Tabla A.16.1 Obteniendo la Población del Análisis para la Medida de Pacientes Hospitalizados (FFS)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	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	Cantidad de beneficiarios 2021	Cantidad de beneficiarios 2022
Total de afiliados de Medicare ⁷¹		53,540,264	55,206,238	56,767,788	58,294,195	59,818,481	61,183,250	62,873,352	64,424,342	65,843,057	66,962,061	68,266,781
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	456,815	449,701	466,167
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	26,710,561	29,391,389	31,734,575
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	38,675,681	37,120,971	36,066,039

⁷¹ Este cómputo excluye a los beneficiarios con registros duplicados en el año, también como aquellos con identificadores inválidos o ningún identificador.

La población del análisis para las medidas de pacientes hospitalizados de MA (es decir, las tasas de admisión por el tipo de admisión y el promedio de días de hospitalización por admisión) incluye al 100 por ciento de los beneficiarios de Medicare afiliados continuamente al programa Medicare Advantage programa para el año seleccionado (2018 o 2019). Asimismo, se incluyen en la población de 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 iniciaron su afiliación a mitad de un año pero estuvieron afiliados continuamente desde esa fecha hasta el fin del año. Excluimos a los beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de pago por servicio (FSS) durante el año. Tabla A.16.2 muestra cómo la población que se usó para calcular estas medidas se deriva a nivel nacional para los años 2018 y 2019.

Tabla A.16.2 Obteniendo la Población del Análisis para las Medidas de Pacientes Hospitalizados (MA)

Pasos para crear la población del análisis	Fórmula	Cantidad de beneficiarios	
		2018	2019
Total de afiliados de Medicare		62,930,784	64,430,729
Excluir a los beneficiarios sin afiliación continua o que están afiliados a Medicare FFS	(-)	41,847,260	41,756,496
Total de los beneficiarios de Medicare que se incluyen en el análisis	=	21,083,524	22,674,233

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 (FFS)

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

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 2021. 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 2017 y directamente de la Oficina del Censo de los EE. UU. para el año 2018 y en adelante ⁷². 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. ⁷³ Luego de descargar los archivos de datos de ACS, se tuvo que manipular

⁷² Vea <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/data.html>

⁷³ 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 2022, 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 2022, 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+) ⁷⁴	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.

⁷⁴ 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 2021, 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. Diferentes medidas pueden contener diferentes subconjuntos de este periodo de tiempo basándose en la disponibilidad de los datos.⁷⁵

Paso 1. Seleccione el año para su consulta.

- Escoja 2020 en la pestaña de **Año**.

Paso 2. Seleccione el estado/territorio.

- Escoja cualquier estado/territorio del menú desplegable de **Estado/territorio**.
Nota: Cuando no se selecciona ningún estado se muestran los datos de los SDOH a nivel de condado para todos los condados.

Paso 3. Seleccione el condado.

- Escoja cualquier condado del menú desplegable de **Condado**.

Paso 4. Seleccione el distrito censal.

- Escoja cualquier distrito censal del menú desplegable de **Distrito censal**. Los usuarios pueden usar el enlace “Busque la identificación del distrito censal para su ubicación” (este enlace abrirá la página “Encontrar la zona geográfica para mi dirección” (“Find Address Geographies”) en el sitio web de la Oficina del Censo de EE. UU.) en la parte superior de la Herramienta MMD para encontrar el número de distrito censal de una dirección. Para buscar el número de distrito censal, los usuarios pueden ingresar la dirección, presionar el botón “Obtener resultados” (“Get Results”) y desplazarse hacia abajo a la sección “Distrito censal” (“Census Tracts”) de la página de resultado para encontrar el número/nombre del distrito censal.

Paso 5. Seleccione el Dominio.

- Escoja entre Grado de escolaridad, Acceso y calidad de la salud, Medio ambiente y Contexto Social y Comunitario del menú desplegable de **Dominio**.

⁷⁵ Vea [Comparación de Hospitales](#) para acceder a los archivos de datos primarios.

Paso 6. Seleccione la Medida.

- Escoja una de las medidas del menú desplegable de **Medida**.

Al igual que con la Visualización de Población y a la Visualización de Hospitales, los usuarios también pueden descargar el mapa y los datos subyacentes en la visualización de los SDOH.

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 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.⁷⁶ La razón estandarizada de infección (SIR) se calcula dividiendo el número de eventos observados por el número de eventos previstos.⁷⁷ 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 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. La Tabla B.2 provee una lista de las dimensiones de la experiencia del paciente.

Tabla B.2. Dimensiones de la Experiencia del Paciente

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

⁷⁶ 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>

⁷⁷ 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/pscmanual_current.pdf

B.2.4 Compras Basadas en el Valor del Hospital (HVBP)⁷⁸

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: seguridad, atención clínica, eficiencia y reducción de costos, y la experiencia con cuidados/coordiación de cuidados centrada en el paciente y el cuidador. Antes de la actualización de 2023, la Herramienta MMD incluía datos para cada uno de estos dominios y también para la Puntuación de Rendimiento Total (TPS) agregada. Debido a la falta de datos actualizados, a partir del 2023 la Herramienta solamente incluye puntuaciones en los dominios de atención clínica y eficiencia.

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

⁷⁸ <https://qualitynet.cms.gov/inpatient/hvbp> Consultado el 3 de julio de 2018.

- **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.3 provee una lista de Medidas IPFQR.

Tabla B.3. 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
IMM_2	Inmunización contra influenza
MedCont	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.4 provee una lista de medidas PCHQR y las categorías correspondientes a éstas.

Tabla B.4. Lista de Medidas PCHQR

Categoría de medida	Identificación de la medida	Descripción de la medida
Informe de calidad de hospitales oncológicos exentos	PCH_26_SIR	Clostridium difficile (C.Diff): Razón estandarizada de infección (SIR)
	PCH_27_SIR	Bacteriemia por SARM: Razón estandarizada de infección (SIR)
	PCH_6_SIR	Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Cirugía de colon Razón estandarizada de infección (SIR)
	PCH_7_SIR	Infección del Sitio Quirúrgico (SSI) - Histerectomía abdominal: Razón estandarizada de infección (SIR)
	PCH_28_FAC_ADHPCT	Cobertura de la vacuna para la influenza entre el personal sanitario: Tasa de adherencia
	PCH_38_FAC_ADHPCT	Cobertura de la serie de vacunas primarias para el COVID-19 entre el personal sanitario: Tasa de adherencia
	PCH_4_SIR	Infección del torrente sanguíneo asociada a la vía central (CLABSI): Razón estandarizada de infección (SIR)
	PCH_5_SIR	Infecciones urinarias asociadas al catéter urinario (CAUTI): Razón estandarizada de infección (SIR)

B.2.7 Cuidados Efectivos

Las medidas de cuidado puntual y efectivo muestran la frecuencia o la rapidez con la que los hospitales proporcionan atención y que produce los mejores resultados para los pacientes con determinadas condiciones, basándose en investigaciones existentes. Esta categoría también se conoce como el proceso de medidas de atención. La Tabla B.5 proporciona una lista de medidas efectivas y las categorías a las cuales pertenecen.

Tabla B.5. Lista de Medidas Efectivas de Cuidado

Identificación de la medida	Descripción de la Medida
SEP_1	Sepsis severa y choque séptico
ED_2_Strata_1	Promedio entre el momento en que se decide la admisión y la hora de salida de los pacientes admitidos para ser internados en el Departamento de Emergencia.
STK_02	Porcentaje de pacientes con un accidente cerebrovascular isquémico a quienes se les receta o que continúan en terapia antitrombótica después de ser dados de alta.
STK_03	Porcentaje de pacientes con un accidente cerebrovascular isquémico que tienen fibrilación/aleteo auricular a quienes se les receta o que continúan en terapia anticoagulante después de ser dados de alta.
STK_05	Porcentaje de pacientes con un accidente cerebrovascular isquémico a quienes se les administra terapia antitrombótica al final del segundo día en el hospital.
STK_06	Porcentaje de pacientes con un accidente cerebrovascular isquémico a quienes se les receta o que continúan tomando medicamentos después de ser dados de alta.
VTE_1	Porcentaje de pacientes que recibieron profilaxis del tromboembolismo venoso (VTE) después de ser admitidos al hospital o después de una cirugía.
VTE_2	Porcentaje de pacientes que recibieron profilaxis del tromboembolismo venoso (VTE) después de ser admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos.
HCP_COVID_19	Porcentaje del personal de salud que completó la serie principal de vacunas para el COVID-19.

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-CM⁷⁹ 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 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.

⁷⁹ Resumen del CIE-10-CM/PCS, CMS, <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10>

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.⁸⁰ 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 población de 10,000 o más, pero menor de 50,000), o ninguna de estas clasificaciones.⁸¹ La Herramienta MMD presenta las zonas *metropolitanos* y *micropolitano*, 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 pago por servicio (FFS) y de atención administrada.

Medicare incluye pacientes de Medicare con planes de pago 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.

⁸⁰ 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-msa-fips-ssa-county-crosswalk.html>

⁸¹ 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>

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.

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.