

Spotlight

Visitas anuales de bienestar entre los beneficiarios de Medicare Advantage: tendencias, diferencias según la raza y el origen étnico, y relación con el uso de servicios preventivos

Elizabeth A. Carter
Instituto de Política Pública de AARP
Investigadora invitada de OptumLabs

Keith Lind y Claire-Noel Miller
Instituto de Política Pública de AARP

La visita anual de bienestar es un beneficio preventivo de salud creado por la Ley de Protección del Paciente y del Cuidado de la Salud a Bajo Precio del 2010. A partir de enero del 2011, todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a una visita anual de bienestar gratuita después de haber estado inscritos en el programa por 12 meses. El propósito de esta visita, que no se considera como un examen físico, es elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención y promover el uso de servicios preventivos comprobados. Como parte de la visita anual de bienestar, un profesional médico evalúa los riesgos de la salud, ofrece ciertos exámenes de detección y obtiene varias medidas biométricas (p. ej. estatura, peso, presión arterial).

Las investigaciones anteriores sobre la visita anual de bienestar se han concentrado en el programa tradicional de pago por servicios de Medicare y sus hallazgos demostraron que, en general, es poco probable que los participantes usen este beneficio.¹ Según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el 17.7% de los beneficiarios de Medicare de pago por servicios fueron a una visita anual de bienestar en el 2015. Los CMS no informan sobre los valores estimados de uso de las visitas anuales de bienestar específicamente para Medicare Advantage, la alternativa de planes privados de Medicare, ya que suponen que las

La proporción de beneficiarios de Medicare Advantage que fueron a una visita anual de bienestar se cuadruplicó entre el 2011 y el 2015, cuando pasó de un 6.2% a un 25.2%. Según los análisis basados en la raza y el origen étnico, los blancos tuvieron las mayores tasas de visitas anuales de bienestar, mientras que los hispanos tuvieron las menores tasas. Los adultos mayores que fueron a una visita anual de bienestar tuvieron más probabilidades de obtener ciertos servicios de cuidado preventivo.

tasas de uso entre los beneficiarios de Medicare Advantage y los de pago por servicios son idénticas.²

La inscripción en Medicare Advantage está creciendo y, en la actualidad, uno de cada tres beneficiarios de Medicare a nivel nacional cuenta con esta cobertura.³ Debido a que es importante entender cómo los patrones de uso de la atención de salud podrían ser distintos entre los beneficiarios de pago por servicios y los de Medicare Advantage, el Instituto de Política Pública de AARP estudió los patrones nacionales de uso de la visita anual

de bienestar entre los beneficiarios de Medicare Advantage. Además, exploró la relación entre la visita anual de bienestar y los servicios de cuidado preventivo.

Métodos

Calculamos las tasas anuales de uso de las visitas anuales de bienestar entre adultos de 65 años o más inscritos en planes de Medicare Advantage ofrecidos por una sola compañía de seguros del 2011 al 2015. Además de analizar las tasas totales, calculamos las diferencias en el uso de las visitas anuales de bienestar según las características sociodemográficas de los beneficiarios (raza u origen étnico, sexo, edad y región del Censo). Por último, examinamos la relación entre ir a una visita anual de bienestar y obtener ciertos servicios de cuidado preventivo.

Utilizamos datos de OptumLabs® Data Warehouse, una base de datos que contiene reclamaciones de seguro sin datos personales de beneficiarios de seguros privados y de Medicare Advantage de un plan de salud amplio de Estados Unidos.⁴ Los beneficiarios de Medicare Advantage debían haber estado inscritos durante los 12 meses de cada año calendario. Los tamaños de muestra analizados variaron de 1.1 millones de personas en el 2011 a 1.7 millones en el 2015.

Identificamos las visitas anuales de bienestar por medio de los códigos de Current Procedural Terminology (CPT, Terminología actualizada de procedimientos médicos) G0438 y G0439 en el formulario de solicitud de reembolso. El apéndice contiene un resumen de los servicios incluidos en la visita anual de bienestar. También identificamos los servicios proporcionados el mismo día de la visita anual de bienestar, pues analizamos todos los demás códigos de CPT y los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS, Sistema de codificación de procedimiento común de atención médica) incluidos en la solicitud de reembolso. Entre estos servicios del mismo día, identificamos las visitas de evaluación y tratamiento con los códigos de CPT 99201–99215. Las visitas de evaluación y tratamiento se concentran en problemas de salud, e incluyen una entrevista clínica para problemas específicos, una exploración

física para problemas específicos o algún tipo de decisión sobre el tratamiento médico. Los códigos de otros servicios del mismo día y de servicios preventivos se indican en la tabla y las figuras adjuntas.

Para estudiar la relación entre la visita anual de bienestar y el uso de los servicios de cuidado preventivo, analizamos datos del 2015, el año más reciente para el cual tenemos datos y durante el que hubieron más visitas anuales de bienestar. Primero, identificamos a los beneficiarios que en el 2015 recibieron los siguientes servicios preventivos que usan comúnmente los adultos mayores: vacunas contra la neumonía, la gripe y la culebrilla (herpes zóster); inventario de medicamentos; evaluación de depresión; electrocardiograma; perfil de lípidos; y ciertos exámenes de detección de cáncer, entre ellos colorrectal, de seno, de cuello uterino y de próstata. Luego comparamos las tasas de uso de los servicios preventivos entre personas que fueron y no fueron a una visita anual de bienestar en el 2015, y calculamos el riesgo relativo de obtener los servicios preventivos. Para estos análisis, no requerimos que el servicio preventivo se brindara el mismo día que la visita anual de bienestar, solo que ambas cosas sucedieran durante el año calendario 2015. Utilizamos la prueba de ji al cuadrado para identificar cualquier diferencia en proporciones entre ambos grupos, donde un valor de p bilateral menor de 0.05 representó una significación estadística.

Resultados

En general, el 6.2% de los beneficiarios de Medicare Advantage en nuestra muestra fueron a una visita anual de bienestar en el 2011, el primer año en el que se ofreció este beneficio. Esa proporción aumentó de manera considerable durante los siguientes cuatro años, y llegó a un 9.5% en el 2012, un 13.7% en el 2013, un 17.8% en el 2014 y un 25.2% en el 2015.

Durante cada año entre el 2011 y el 2015, las tasas de visitas anuales de bienestar fueron mayores entre los blancos y menores entre los hispanos (figura 1). Por ejemplo, en el 2015, un 26.3% de los beneficiarios blancos de Medicare Advantage fueron a una visita anual de bienestar, comparado

con solo un 18.3% de los beneficiarios hispanos. En el 2015, las tasas de visitas anuales de bienestar también fueron un poco más altas entre las mujeres (un 25.7% comparado con un 24.5% para los hombres); quienes vivían en la región sur del censo (un 27.1%, comparado con un 26.4% en la región norcentral, un 25.5% en la región del oeste y un 19.5% en la región del noreste); y las personas de entre 65 y 74 años de edad (un 26.1% comparado con un 24.1% para los de 75 años o más; estos datos no se muestran).

Nuestro análisis de los servicios obtenidos el mismo día que la visita anual de bienestar muestra que en el 2015, una visita de evaluación y tratamiento fue el servicio más común obtenido el mismo día que la visita anual de bienestar; a casi la mitad de nuestra muestra (45%) se les hizo una evaluación y tratamiento en el mismo día de la visita de bienestar. El segundo, tercero y cuarto servicio preventivo más común que se proporcionó durante el mismo día que la visita anual de bienestar fue respectivamente el perfil de lípidos (30.2%), el perfil metabólico (26.3%) y la vacuna contra la neumonía (23.5%) (figura 2).

En el 2015, quienes fueron a una visita anual de bienestar tuvieron más probabilidades de obtener varios servicios preventivos que quienes no fueron a esta visita (tabla). La diferencia más sustancial estuvo en la evaluación de depresión. Quienes fueron a una visita

FIGURA 1
Tasas de visitas anuales de bienestar según raza u origen étnico entre beneficiarios de Medicare Advantage, 2011-2015

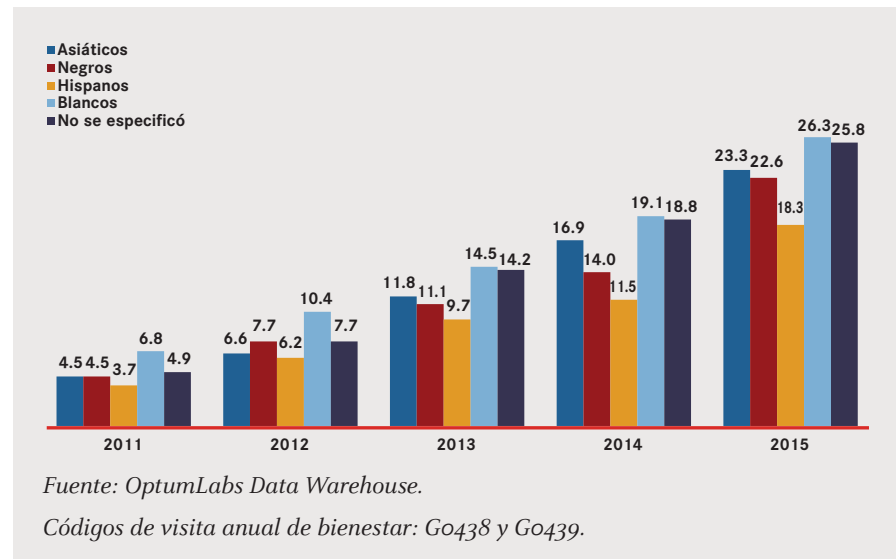
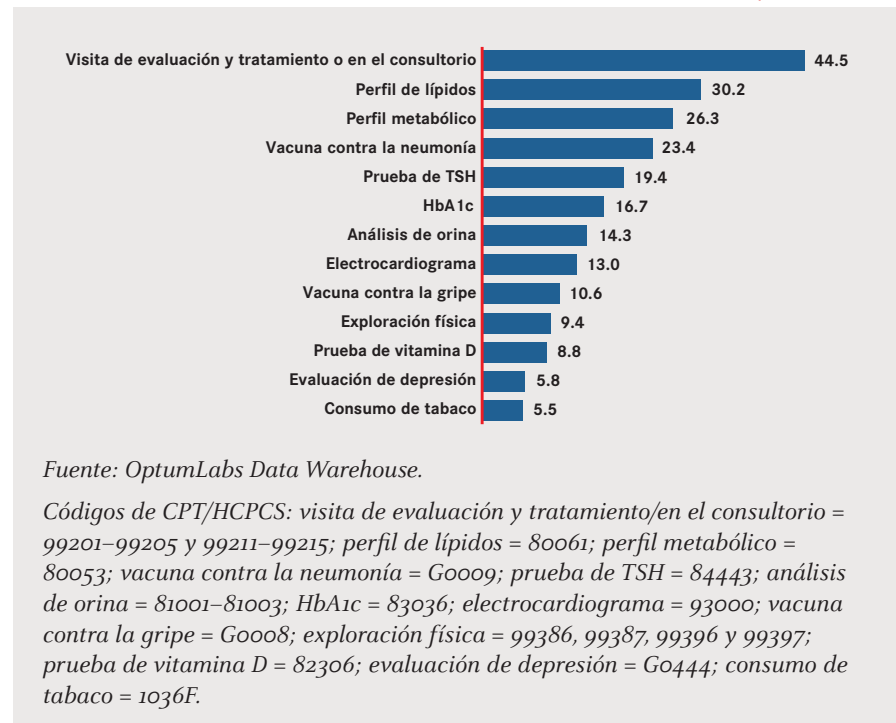


FIGURA 2
Servicios más comunes obtenidos durante visitas anuales de bienestar entre beneficiarios de Medicare Advantage, 2015



TABLA

Uso de servicios preventivos entre beneficiarios de Medicare Advantage con y sin una visita anual de bienestar, 2015, $N = 1,762,413$

Servicio preventivo	Con visita $N = 443,674$	Sin visita $N = 1,318,739$	Riesgo relativo (IC 95%)	Valor de p
Vacuna contra la neumonía	38.6%	19.2%	2.01 (2.00, 2.02)	<0.05
Vacuna contra la gripe	44.4%	33.0%	1.35 (1.34, 1.35)	<0.05
Vacuna contra la culebrilla	0.8%	0.6%	1.31 (1.25, 1.36)	<0.05
Inventario de medicamentos	5.8%	2.4%	2.39 (2.35, 2.43)	<0.05
Evaluación de depresión	7.1%	1.6%	4.59 (4.51, 4.66)	<0.05
Electrocardiograma	42.2%	35.6%	1.19 (1.18, 1.19)	<0.05
Perfil de lípidos	84.6%	61.6%	1.37 (1.37, 1.38)	<0.05
Prueba para detectar el cáncer colorrectal	19.1%	11.4%	1.68 (1.67, 1.69)	<0.05
SOLO PARA MUJERES	$N = 263,996$	$N = 763,439$		
Mamografía	54.7%	35.0%	1.56 (1.52, 1.59)	<0.05
Prueba de Papanicolaou	8.3%	5.7%	1.45 (1.39, 1.51)	<0.05
SOLO PARA HOMBRES	$N = 179,678$	$N = 555,300$		
Prueba de antígeno prostático específico	61.7%	39.5%	1.56 (1.51, 1.61)	<0.05

Fuente: OptumLabs Data Warehouse.

Códigos de CPT/HCPCS: vacuna contra la neumonía = G0009; vacuna contra la gripe = G0008; vacuna contra la culebrilla = 90736; inventario de medicamentos = 1159F-1160F; evaluación de depresión = G0444; electrocardiograma = 93000; perfil de lípidos = 80061; prueba para detectar el cáncer colorrectal = 45330-45347 y 45378-45392; mamografía = 77052, 77055-77057 y G0202; prueba de Papanicolaou = 88141-88143, 88147, 88148, 88150, 88152, 88153, 88164-88167, 88174, 88175, G0123, G0124, G0141, G0143-G0145, G0147, G0148 y P3000; prueba de antígeno prostático específico = 84152-84154 y G0103.

anual de bienestar en el 2015 tenían casi cinco veces más probabilidades de que les hicieran una evaluación de depresión comparado con quienes no fueron a esta visita (fueron a visita = 7.1%, no fueron a visita = 1.6%; riesgo relativo = 4.6; $valor\ de\ p < 0.05$). La segunda mayor diferencia entre las proporciones de los servicios brindados a quienes fueron y no fueron a una visita anual de bienestar fue el inventario de medicamentos:

fueron a visita = 5.8%, no fueron a visita = 2.4%; riesgo relativo = 2.4; $valor\ de\ p < 0.05$. Por último, quienes fueron a una visita anual de bienestar (38.6%) tuvieron mayores probabilidades de que se les administrara una vacuna contra la neumonía comparado con quienes no fueron (19.2%) (riesgo relativo = 2.0; $valor\ de\ p < 0.05$).

Discusión

La proporción de beneficiarios de Medicare Advantage que fueron a una visita anual de bienestar se cuadruplicó de un 6.2% en el 2011 a un 25.2% en el 2015. Nuestro cálculo para el 2015 es un 42% mayor que el cálculo de los CMS para los beneficiarios de pago por servicios y concuerda con hallazgos de investigaciones anteriores sobre mayores tasas de visitas preventivas en Medicare Advantage que en pago por servicios.⁵ Se desconoce la causa del aumento en el uso de las visitas anuales de bienestar de los beneficiarios de Medicare Advantage entre el 2011 y el 2015. En Medicare de pago por servicios, los hallazgos de las investigaciones sugieren que los médicos y los sistemas de salud, en lugar de los pacientes, son quienes promueven el aumento en las visitas anuales de bienestar al adoptar estrategias para incluir estas visitas en las secuencias de trabajo.⁶ Por otra parte, la complejidad de llenar la documentación, incluir los códigos y facturar las visitas anuales de bienestar podría disuadir a los médicos de recomendar este beneficio a sus pacientes.⁷ Dada la complejidad de esta posible dinámica, no podemos descartar la posibilidad de que los pacientes están cada vez más al tanto de la disponibilidad de este beneficio y lo están aprovechando.

Nuestro hallazgo de mayores tasas de visitas anuales de bienestar entre los blancos comparado con otros grupos raciales o de origen étnico también refleja los resultados que se han descubierto para

los beneficiarios de pago por servicios. Según un estudio, se descubrió una amplia variación en el uso de las visitas anuales de bienestar de acuerdo al tipo de consultorio médico y los grupos demográficos a quienes atendían. Las tasas de visitas anuales de bienestar fueron menores en los consultorios que atendían a grupos demográficos de escasos recursos o de alto riesgo (p. ej. minorías raciales, personas en entornos rurales, y beneficiarios simultáneos de Medicare y de Medicaid).⁸

Debido a que el servicio más común proporcionado el mismo día que una visita anual de bienestar fue una consulta de evaluación y tratamiento, no podemos determinar si algunos de los servicios brindados, como perfiles de lípidos o electrocardiogramas, fueron preventivos o se realizaron para diagnosticar o tratar un problema de salud. Además, algunos investigadores sugieren que facturar las visitas anuales de bienestar al mismo tiempo que las visitas para problemas específicos puede llevar a gastos inesperados para los pacientes, en particular si los pacientes y los profesionales médicos no están conscientes de los servicios que se incluyen en la visita anual de bienestar.

Todavía no se ha comprobado si la visita anual de bienestar logrará que se mejore la salud de los adultos mayores. Si bien en nuestro estudio y en otro⁹ se demostraron aumentos en el uso de los servicios preventivos entre los beneficiarios de Medicare que fueron a una visita anual de bienestar, hacen falta estudios a largo plazo para determinar si esto llevará a mejores resultados de salud.

Apéndice. Servicios incluidos en la consulta anual de bienestar

(A)	Administración o revisión de una evaluación de riesgos de salud
(B)	Preparación o actualización de los antecedentes médicos y familiares de una persona
(C)	Preparación de una lista actualizada de profesionales y proveedores que participan con r
(D)	Medición de la estatura , el peso , el índice de masa corporal (o la circunferencia de la cintura , según corresponda), la presión arterial y otras mediciones rutinarias que se consideren adecuadas
(E)	Detección de deterioro cognitivo
(F)*	Análisis de factores de riesgo para la depresión , que incluye tener o haber tenido depresión u otros trastornos del estado de ánimo, basado en el uso de un instrumento adecuado de detección para personas sin un diagnóstico actual de depresión, que el profesional de la salud puede seleccionar entre varias pruebas estandarizadas de detección disponibles, diseñadas con este fin y reconocidas por organizaciones nacionales de profesionales médicos
(G)*	Análisis de la capacidad de funcionamiento y el nivel de seguridad , basado en la observación directa o el uso de preguntas adecuadas de detección, que el profesional de la salud puede seleccionar entre varias preguntas de detección o cuestionarios estandarizados disponibles, diseñados con este fin y reconocidos por organizaciones nacionales de profesionales médicos
(H)	Preparación o actualización de lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> i. Un cronograma de exámenes de detección por escrito para los próximos 5 a 10 años, según corresponda, basado en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, y en la evaluación del riesgo de salud de la persona, su estado de salud, su historial de exámenes de detección y los servicios preventivos aptos para cada edad cubiertos por Medicare ii. Una lista de los factores de riesgo y los problemas de salud para los cuales se recomiendan o están en curso intervenciones de prevención primarias, secundarias o terciarias, que incluya problemas de salud mental y factores de riesgo o problemas de salud que hayan sido identificados por medio de una exploración física inicial preventiva, y una lista de las opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios asociados
(I)	Suministro de consejos de salud personalizados y un referido , según corresponda, a educación de salud o servicios preventivos de asesoramiento o programas para reducir los factores de riesgo identificados y mejorar la autogestión, o intervenciones de estilo de vida comunitarias para reducir los riesgos de salud y promover la autogestión y el bienestar, entre ellas pérdida de peso, actividad física, dejar de fumar, prevención de caídas y nutrición
(J)	Suministro de servicios de planificación anticipada de la atención médica , que incluya hablar sobre las decisiones futuras de cuidados que deberán tomarse, las maneras en las que el beneficiario puede informar a los demás sobre sus preferencias de atención médica y una explicación de las directivas anticipadas, que podría incluir llenar formularios estándares
(K)	Cualquier otro elemento que se determine como adecuado por medio del proceso de determinación de cobertura nacional

Fuente: Patient Protection and Affordable Care Act, H.R. 3590 §4103 (2010).

*Se cubre solo para la primera consulta anual de bienestar, código G0438.

- 1 Ganguli I, Souza J, McWilliams JM, Mehrotra A. Trends in Use of the US Medicare Annual Wellness Visit, 2011–2014. *JAMA*. 2017;317(21):2233–2235.
- 2 Centers for Medicare & Medicaid Services. Beneficiaries utilizing free preventive services by state, 2015. <https://downloads.cms.gov/files/Beneficiaries%20Utilizing%20Free%20Preventive%20Services%20by%20State%20YTD%202015.pdf>.
- 3 Jacobson G, Damico A, Neuman T, Gold M. *Medicare Advantage 2017 Spotlight: Enrollment Market Update*. Kaiser Family Foundation Issue Brief; junio del 2017.
- 4 OptumLabs. *OptumLabs and OptumLabs Data Warehouse (OLDW) Descriptions and Citation*. Cambridge, Massachusetts: n.p., febrero del 2019. PDF. Reproducido con el consentimiento de OptumLabs.
- 5 Chung S, Lesser LI, Lauderdale DS, Johns NE, Palaniappan LP, Luft HS. Medicare annual preventive care visits: use increased among fee-for-service patients, but many do not participate. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(1):11–20.
- 6 Ganguli I, Souza J, McWilliams JM, Mehrotra A. Practices Caring For The Underserved Are Less Likely To Adopt Medicare’s Annual Wellness Visit. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(2):283–291.
- 7 Hu J, Jensen GA, Nerenz D, Tarraf W. Medicare’s Annual Wellness Visit in a Large Health Care Organization: Who Is Using It? *Ann Intern Med*. 2015;163(7):567–568.
- 8 Ganguli et al., 2018.
- 9 Camacho F, Yao NA, Anderson R. The Effectiveness of Medicare Wellness Visits in Accessing Preventive Screening. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(4):247–255.

Spotlight 38, Mayo 2019

© AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE
601 E Street, NW
Washington DC 20049

Follow us on Twitter @AARPpolicy
On facebook.com/AARPpolicy
www.aarp.org/ppi

For more reports from the Public Policy
Institute, visit <http://www.aarp.org/ppi/>.



AARP’s Public Policy Institute conducted this study using the OptumLabs Data Warehouse. The retrospective administrative claims data utilized in this study include medical claims and eligibility information from a large national U.S. health insurance plan. Individuals covered by this health plan, about 28.2 million (51 percent female) in 2013, are geographically diverse across the United States, with greatest representation in the South and Midwest U.S. Census regions. The health insurance plan provides fully insured coverage for professional (e.g., physician), facility (e.g., hospital), and outpatient prescription medication services. All study data were accessed using techniques that are in compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, and no identifiable protected health information was extracted during the course of the study.