



## Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios urbanos e hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

### Resultados clave

- Los beneficiarios de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud.
- Los beneficiarios con doble elegibilidad, hispanos, jóvenes y de sexo femenino también fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud.
- Casi un quinto de los beneficiarios usaron ciertos servicios de telesalud con audio solamente; la amplia mayoría de estos beneficiarios los usaron exclusivamente.
- Los beneficiarios de más edad fueron más propensos a usar ciertos servicios con audio solamente, al igual que los beneficiarios con doble elegibilidad e hispanos.

### Por qué la OIG hizo este análisis

La pandemia de COVID-19 impuso desafíos sin precedentes en la forma de acceso a la atención médica de los beneficiarios de Medicare. En respuesta, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tomaron ciertas medidas para ampliar temporalmente el acceso a la telesalud para los beneficiarios de Medicare.<sup>1</sup> Los CMS permitieron a los beneficiarios usar los servicios de telesalud para una gran variedad de servicios médicos y en diferentes ubicaciones, incluidas las áreas urbanas y desde el hogar de los beneficiarios.

En un informe de acompañamiento, la OIG descubrió que el uso de servicios de telesalud se incrementó dramáticamente durante el primer año de la pandemia.<sup>2</sup> Más de 28 millones—alrededor de 2 de cada 5—de beneficiarios de Medicare usaron servicios de telesalud durante el primer año. En total, los beneficiarios usaron los servicios de telesalud 88 veces más durante el primer año de la pandemia que el año anterior.

Este informe de datos amplía ese análisis y examina las características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Esta información clarifica cómo la expansión temporal de la telesalud afectó a los diferentes grupos de beneficiarios. Esta información ayudará a los CMS, HHS, al Congreso y otras partes interesadas a conocer quiénes se beneficiaron de la expansión y a tomar decisiones sobre si los cambios temporales deberían ser permanentes. También puede informar sobre las iniciativas que tienen la finalidad de garantizar que todos los beneficiarios tengan acceso apropiado a la telesalud.

Este informe de datos incluye beneficiarios de Medicare de pago por servicio y Medicare Advantage. Este informe de datos es parte de una serie que examina el uso de la telesalud en Medicare e identifica inquietudes de integridad de los programas relacionadas con la telesalud durante la pandemia.<sup>3</sup>

## Cómo la OIG hizo este análisis

Este análisis se enfoca en los beneficiarios de Medicare que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021. Basamos este análisis en los datos de reclamaciones de Medicare pago por servicio, datos de citas de Medicare Advantage e información de la base de datos de inscripción de Medicare.

## Qué halló la OIG

Los beneficiarios de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Los beneficiarios de Massachusetts, Delaware y California fueron más propensos que los beneficiarios de otros estados a usar los servicios de telesalud. Los beneficiarios con doble elegibilidad (es decir, aquellos que son elegibles para Medicare y Medicaid), hispanos, jóvenes y de sexo femenino también fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud. Además, los beneficiarios casi siempre usaron los servicios de telesalud desde sus hogares u otros sitios no relacionados con la atención médica. Asimismo, casi un quinto de los beneficiarios usaron ciertos servicios de telesalud con audio solamente y la amplia mayoría de estos beneficiarios usaron estos servicios con audio solamente exclusivamente.<sup>4</sup> Los beneficiarios de más edad fueron más propensos a usar estos servicios con audio solamente, al igual que los beneficiarios con doble elegibilidad e hispanos.

## Qué recomienda la OIG

Como los CMS, el HHS, el Congreso y otras partes interesadas consideran cambios permanentes en los servicios de telesalud de Medicare, es importante que equilibren las inquietudes sobre temas como el acceso, la calidad de la atención, el costo, la equidad en la salud y la integridad del programa. Al hacerlo, garantizarán la disponibilidad de los beneficios de telesalud con una minimización de riesgos. Los datos presentados en este informe demuestran cómo las extensiones temporales mejoraron el acceso a la telesalud para beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia, en particular para aquellos que están médicamente desatendidos. Comprender quiénes se beneficiaron con el mayor acceso y cómo usaron los servicios de telesalud los diferentes grupos puede informar a los legisladores y las partes interesadas para que la tengan en cuenta al tomar decisiones sobre la telesalud.

Por consiguiente, recomendamos que los CMS: (1) tomar las medidas correspondientes para permitir la transición satisfactoria de las flexibilidades vigentes por la pandemia a políticas sopesadas y permanentes del uso de los servicios de telesalud para los beneficiarios en áreas urbanas y desde el hogar del beneficiario, (2) extender temporalmente el uso de los servicios de telesalud con audio solamente y evaluar el impacto, (3) exigir un modificador para identificar todos los servicios de telesalud con audio solamente que se presten en Medicare y (4) usar la telesalud para incrementar la equidad en la atención médica. Los CMS no indicaron explícitamente estar de acuerdo con nuestras cuatro recomendaciones.

- ▶ **Los servicios de telesalud de Medicare** son los servicios prestados de manera remota mediante el uso de tecnología para establecer la comunicación entre el proveedor y el beneficiario.<sup>5</sup>
- ▶ Los servicios que pueden prestarse por telesalud incluyen **citas médicas, servicios de salud conductual, visitas domiciliarias de enfermería y visitas domiciliarias**, entre otros. La mayoría de estos servicios también se pueden prestar en persona.
- ▶ El grupo de servicios denominado **servicios de atención médica virtual siempre se presta de manera remota**.<sup>6</sup> Un ejemplo de estos servicios es una llamada telefónica con un proveedor para hablar sobre la afección del beneficiario.
- ▶ Durante la pandemia, los CMS permitieron a los beneficiarios usar los servicios de telesalud para una gran variedad de servicios médicos en diferentes ubicaciones, incluidas **las áreas urbanas y desde el hogar de los beneficiarios**. Antes de la pandemia, los beneficiarios podían usar los servicios de telesalud solo desde los centros médicos ubicados en áreas rurales, con algunas excepciones.<sup>7</sup>
- ▶ Durante la pandemia, los CMS incrementaron los tipos de servicios que los beneficiarios podían recibir por telesalud, de 118 a **264 tipos de servicios**.<sup>8</sup>
- ▶ Durante la pandemia, los CMS expandieron el uso de **audio-solamente** para ciertos tipos de servicios de telesalud, como las citas en el consultorio y los servicios de salud conductual. Antes de la pandemia, solo se permitía que los servicios de telesalud se prestaran solamente a través de audio-video, con algunas excepciones.<sup>9</sup>

# RESULTADOS

La pandemia de COVID-19 produjo interrupciones en la forma en que los beneficiarios de Medicare accedieron a la atención médica. Debido a las inquietudes con respecto a la pandemia, el HHS y los CMS tomaron ciertas medidas para ofrecer un mayor acceso a los servicios de telesalud para los beneficiarios de Medicare. Los CMS permitieron a los beneficiarios usar los servicios de telesalud para una gran variedad de servicios médicos en diferentes ubicaciones, incluidas las áreas urbanas y desde el hogar de los beneficiarios. La expansión del acceso a los servicios de telesalud tenía el objetivo de ayudar a los beneficiarios a conservar el acceso a la atención necesaria mientras se limitaba la propagación comunitaria del COVID-19, además de limitar la exposición a otros pacientes y miembros del personal.

En un informe de acompañamiento, la OIG descubrió que el uso de servicios de telesalud se incrementó dramáticamente durante el primer año de la pandemia.<sup>10</sup> Más de 28 millones—alrededor de 2 de cada 5—de beneficiarios de Medicare usaron servicios de telesalud durante el primer año. En total, los beneficiarios usaron los servicios de telesalud 88 veces más durante el primer año de la pandemia que el año anterior.

Este informe de datos amplía ese análisis y examina las características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021. Incluye beneficiarios de Medicare de pago por servicio y Medicare Advantage. Además, este análisis detalla la facturación de los médicos individuales, pero no de las instituciones como los hospitales.

Comprender las características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia puede clarificar cómo la expansión temporal de la telesalud afectó a los diferentes grupos de beneficiarios. Esta información ayudará a los CMS, HHS, al Congreso y otras partes interesadas a conocer quiénes se beneficiaron de la expansión y a tomar decisiones sobre si los cambios temporales deberían ser permanentes. También puede informar sobre los esfuerzos destinados a garantizar que todos los beneficiarios tengan el acceso adecuado a los servicios de telesalud.

## Los beneficiarios de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud

Los beneficiarios de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.<sup>11</sup> Históricamente, los beneficiarios de las áreas urbanas no han tenido acceso a la

telesalud. Antes de la pandemia, los servicios de telesalud se limitaban a los beneficiarios de las áreas rurales con algunas excepciones.<sup>12</sup>

En total, el 45 por ciento de los beneficiarios de las áreas urbanas usó servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Fueron más de 24 millones, de los 54 millones de beneficiarios de Medicare que viven en las áreas urbanas. En cambio, solo el 33 por ciento de los beneficiarios de las áreas rurales usó los servicios de telesalud. Fueron más de 3 millones, de los 11 millones, de beneficiarios de Medicare que viven en las áreas rurales. Ver Prueba 1.

### Prueba 1: Los beneficiarios de Medicare de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Los beneficiarios de las áreas rurales pueden enfrentar barreras particulares en el acceso a los servicios de telesalud. Por ejemplo, las poblaciones rurales son menos propensas que las de las áreas urbanas a tener acceso a la conectividad de banda ancha.<sup>13</sup> Los proveedores de atención médica de las áreas rurales también pueden enfrentar desafíos a la hora de prestar servicios de telesalud a sus pacientes, ya que tanto los equipos como la conectividad a Internet pueden tener costos elevados.<sup>14</sup>

### Los beneficiarios casi siempre usaron los servicios de telesalud desde sus hogares, al margen de que vivan en áreas urbanas o rurales.

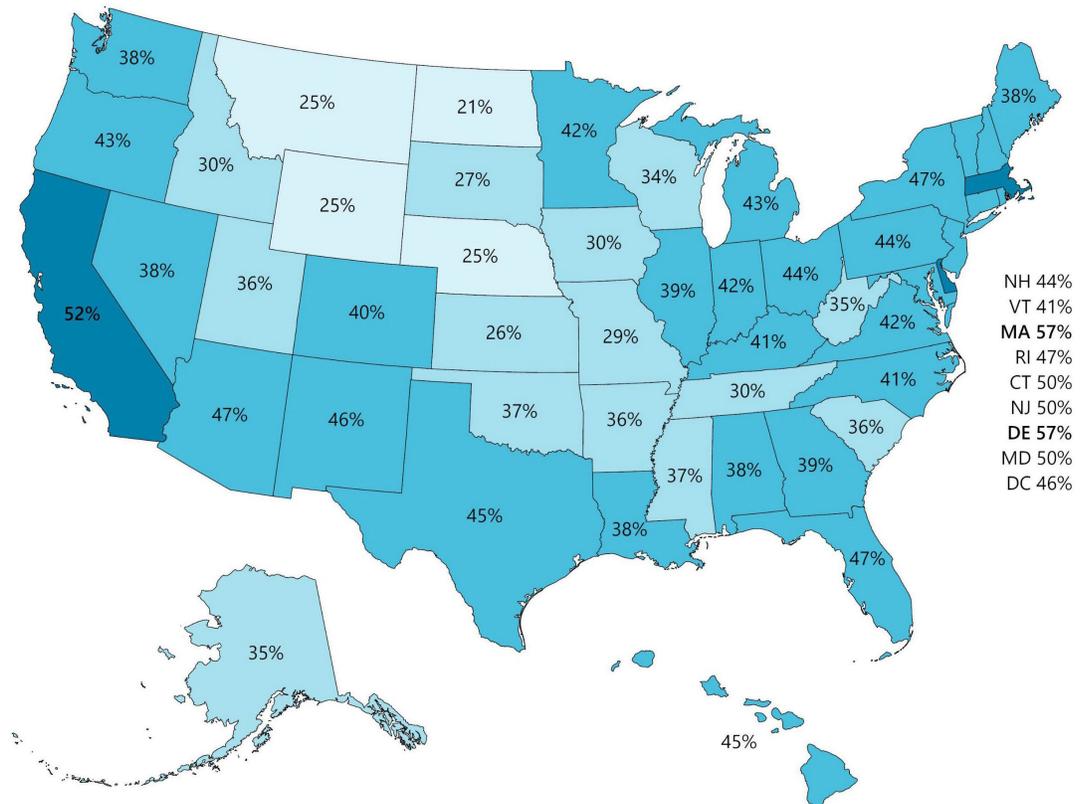
Casi todos los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia lo hicieron desde sus hogares u otros sitios no relacionados con la atención médica. Antes de la pandemia, la mayoría de los beneficiarios debían usar los servicios de telesalud desde un entorno de atención médica, como un consultorio médico u hospital, con algunas excepciones.<sup>15</sup>

**93%**  
de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud lo hicieron desde sus hogares u otros sitios no relacionados con la atención médica.

## Los beneficiarios de Massachusetts, Delaware y California fueron más propensos que los beneficiarios de otros estados a usar los servicios de telesalud

Los estados con los porcentajes más elevados de beneficiarios de Medicare que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia incluyeron Massachusetts (57 por ciento), Delaware (57 por ciento) y California (52 por ciento). Ver Prueba 2. Hubo una gran diferencia con algunos otros estados. Los estados con los porcentajes más bajos de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud incluyeron Dakota del Norte (21 por ciento), Montana (25 por ciento), Wyoming (25 por ciento) y Nebraska (25 por ciento). Ver el Apéndice A para conocer el porcentaje de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud en cada estado.

**Prueba 2: El porcentaje de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia varió según el estado.**



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Notablemente, muchos beneficiarios en estos cuatro estados viven en áreas rurales. En Montana y Wyoming, apenas dos tercios de los beneficiarios de Medicare viven en las áreas rurales. En Dakota del Norte, más de la mitad de la población de Medicare vive en las áreas rurales. En Nebraska, más del 40 por ciento de todos los beneficiarios de Medicare vive en áreas rurales. Como se

mencionó previamente, los beneficiarios de las áreas rurales pueden enfrentar barreras particulares en el acceso a los servicios de telesalud.

## Los beneficiarios con doble elegibilidad, hispanos, jóvenes y de sexo femenino también fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud

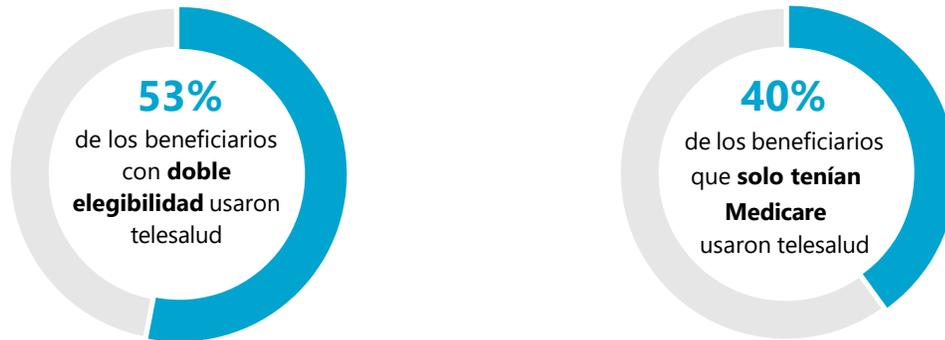
Para entender mejor qué grupos de beneficiarios fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, analizamos el uso de la telesalud entre todos los beneficiarios inscritos en Medicare y el uso de telesalud entre los que usaron algún servicio elegible, ya sea en persona o por telesalud. Estos valores muestran el grado de uso que cada grupo de beneficiarios hizo de los servicios de telesalud en general y el grado de uso que cada grupo hizo de los servicios de telesalud independientemente de que estos beneficiarios fueran o no más propensos a usar algún servicio. En este informe, usamos el término “algún servicio” para referirnos a cualquier servicio elegible para telesalud.

Para cada grupo de beneficiarios, hallamos que la probabilidad de que cada grupo use los servicios de telesalud no se vio afectada por la probabilidad de usar cualquier servicio. Ver Apéndice B para obtener información detallada sobre cada grupo.

**Los beneficiarios con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid fueron más propensos a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios que solo tenían Medicare.** Más de la mitad de los beneficiarios con doble elegibilidad usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Los beneficiarios con doble elegibilidad están inscritos en Medicare por la edad o alguna discapacidad y en Medicaid por los ingresos. Por lo general, tienen ingresos más bajos y una mayor prevalencia de varias afecciones que los beneficiarios que solo tienen Medicare.<sup>16</sup>

En total, el 53 por ciento de los beneficiarios con doble elegibilidad usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, en comparación con el 40 por ciento de los beneficiarios que solo tenían Medicare. Ver Prueba 3. Notablemente, los beneficiarios con doble elegibilidad fueron más propensos que los usuarios que solo tenían Medicare a usar los servicios de telesalud independientemente de su raza y etnia, y de si vivían en áreas rurales o urbanas.

**Prueba 3: Los beneficiarios con doble elegibilidad fueron más propensos que los beneficiarios que solo tenían Medicare a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.**



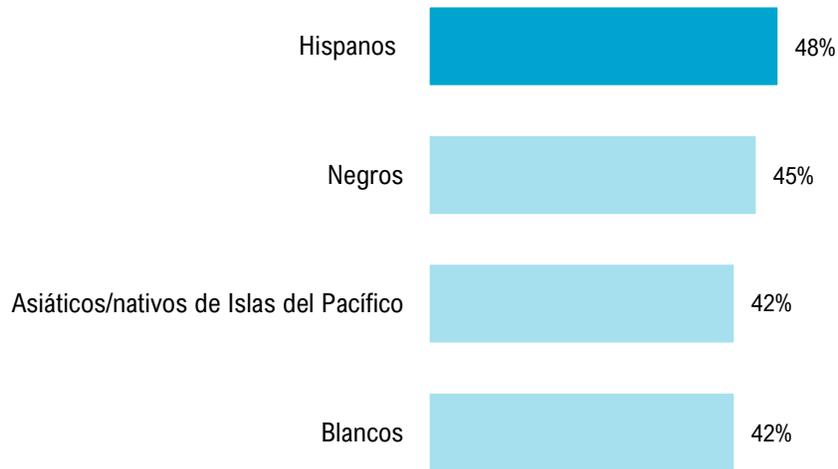
Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Los beneficiarios con doble elegibilidad también fueron más propensos a usar cualquier servicio (telesalud o en persona) que los beneficiarios que solo tenían Medicare; sin embargo, esto no parece explicar el uso relativamente alto de los

servicios de telesalud por parte de los beneficiarios con doble elegibilidad. Al analizar su mayor probabilidad de usar algún servicio, los beneficiarios con doble elegibilidad siguieron siendo más propensos a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios que solo tenían Medicare.

**Los beneficiarios hispanos fueron más propensos que los beneficiarios de otros grupos a usar los servicios de telesalud.** En general, el 48 por ciento de los beneficiarios hispanos usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, que es un porcentaje mayor que los beneficiarios de otros grupos raciales o étnicos.<sup>17</sup> En total, el 45 por ciento de los beneficiarios negros usaron los servicios de telesalud, mientras que el 42 por ciento de los beneficiarios asiáticos/de las islas del Pacífico y blancos usaron dichos servicios. Ver Prueba 4.

#### Prueba 4: Los beneficiarios hispanos fueron más propensos que los beneficiarios de otros grupos a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Es importante tener en cuenta que los beneficiarios hispanos fueron más propensos a usar los servicios de telesalud que otros independientemente de vivir en áreas rurales o urbanas, o de tener doble elegibilidad o no.

A diferencia del uso que los beneficiarios hispanos hicieron de los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, fueron menos propensos a usar algún servicio (telesalud o en persona) que los beneficiarios blancos y negros. Sin embargo, al analizar su menor probabilidad de usar algún servicio, los beneficiarios hispanos siguieron siendo más propensos a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios blancos y negros. Esto sugiere que los beneficiarios hispanos, una población carente de atención médica, se beneficiaron particularmente del mayor acceso a los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.

**Los beneficiarios menores de 65 años fueron más propensos que los grupos de otras edades a usar los servicios de telesalud.** En total, el 49 por ciento de los beneficiarios menores de 65 años usaron servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Estos beneficiarios fueron más propensos que los grupos de otras edades a usar los servicios de telesalud. Los beneficiarios menores de 65 años por lo general son elegibles para Medicare por alguna discapacidad y a menudo tienen doble elegibilidad.

Los beneficiarios de 65 a 74 años fueron menos propensos a usar servicios de telesalud que los grupos de otras edades. Específicamente, el 38 por ciento de los beneficiarios entre 65 y 74 años usaron los servicios de telesalud, mientras que el 47 por ciento de los beneficiarios de 75 años en adelante lo hicieron. Ver Prueba 5.

A diferencia del uso de los servicios de telesalud, los beneficiarios menores de 65 años fueron menos propensos que los beneficiarios de 75 años en adelante a usar algún servicio (telesalud o en persona). Sin embargo, incluso al analizar su menor probabilidad de usar algún servicio, los beneficiarios menores de 65 años siguieron siendo más propensos a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios de 75 años en adelante. Esto sugiere que los beneficiarios menores de 65 años se beneficiaron particularmente del mayor acceso a los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.

**Prueba 5: Los beneficiarios de Medicare menores de 65 años fueron más propensos que los beneficiarios de otros grupos de edades a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia.**



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

**Las beneficiarias fueron más propensas que los beneficiarios a usar los servicios de telesalud.** En total, el 46 por ciento de las beneficiarias con doble elegibilidad usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia, en comparación con el 39 por ciento de los beneficiarios que solo tenían Medicare. Las beneficiarias fueron más propensas a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios independientemente de la edad, raza, área de residencia urbana o rural, o de tener doble elegibilidad o no.

Las beneficiarias también fueron más propensas a usar cualquier servicio (telesalud o en persona) que los beneficiarios; sin embargo, esto no parece explicar el uso relativamente alto de los servicios de telesalud por parte de las beneficiarias. Al analizar su mayor probabilidad de usar algún servicio, las beneficiarias siguieron siendo más propensas a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios.

## Casi 1 de cada 5 beneficiarios usaron ciertos servicios de telesalud con audio solamente; la amplia mayoría de estos beneficiarios los usaron exclusivamente

Casi 1 de cada 5 beneficiarios de Medicare usaron ciertos servicios de telesalud que estaban disponibles solamente por audio durante el primer año de la pandemia. Estos seis servicios por audio solamente no incluyen video. Estos servicios consisten en llamadas telefónicas de diferente duración con un proveedor para analizar la afección del beneficiario.<sup>18</sup> Un total de 12.7 millones de beneficiarios de Medicare, o el 19 por ciento de todos los beneficiarios, usaron estos servicios por audio solamente durante el primer año de la pandemia.

Es importante destacar que otros 86 servicios de telesalud están disponibles ya sea solo por audio o por audio y video, pero la información de Medicare no distingue entre estas dos opciones.<sup>19</sup> De esta manera, la cantidad total de beneficiarios que usaron algún servicio por audio solamente durante el primer año de la pandemia supera los 12.7 millones.

La amplia mayoría de los beneficiarios, el 93 por ciento, que usaron los seis servicios de telesalud por audio solamente lo hicieron de manera exclusiva. Estos beneficiarios no usaron los servicios de telesalud de audio y video durante el primer año de la pandemia.<sup>20</sup> El 7 por ciento restante de los beneficiarios usaron servicios de telesalud tanto por audio solamente como por audio y video. Ver Prueba 6. El uso exclusivo de servicios de audio solamente puede sugerir que estos beneficiarios prefieren los servicios de telesalud por audio solamente, o que pueden tener complicaciones para usar los servicios de telesalud por audio y video.

**Prueba 6: La amplia mayoría de beneficiarios que usaron ciertos servicios de audio solamente no usaron ningún servicio de telesalud de audio y video.**



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

## Los beneficiarios de más edad fueron más propensos a usar ciertos servicios por audio solamente, al igual que los beneficiarios con doble elegibilidad e hispanos

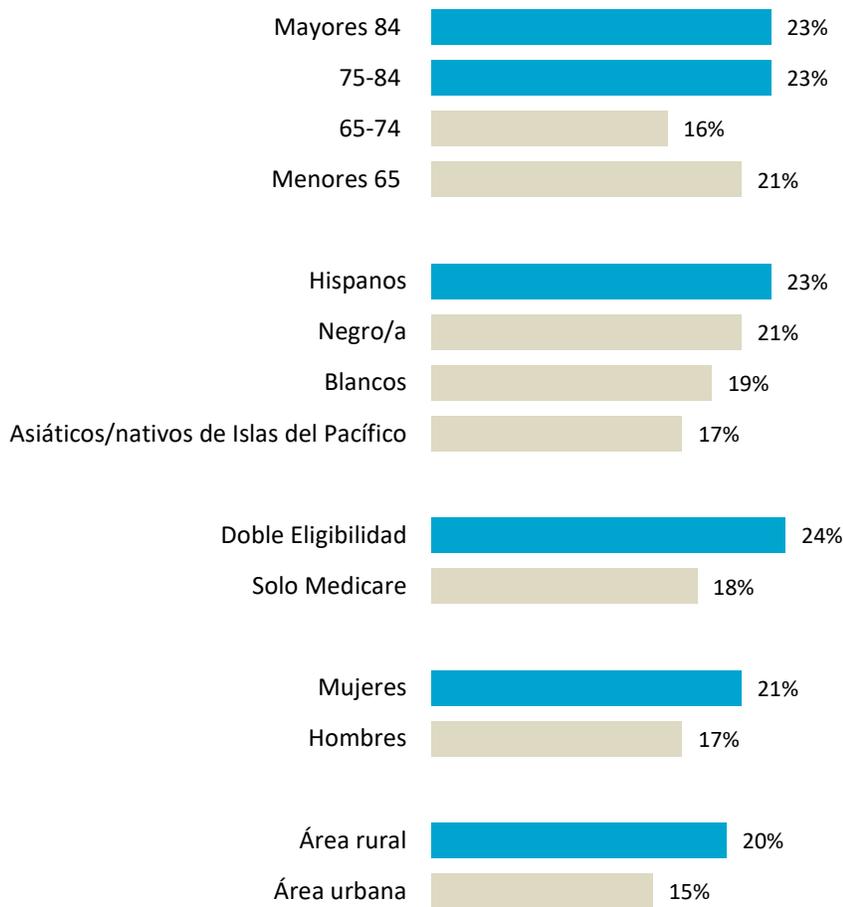
Los beneficiarios de más edad fueron más propensos a usar los seis servicios por audio solamente en comparación con los beneficiarios de menor edad durante el primer año de la pandemia. Específicamente, el 23 por ciento de los beneficiarios

mayores de 75 años usaron los servicios por audio solamente, mientras que tan solo el 21 por ciento de los beneficiarios menores de 65 años lo hicieron. Este patrón difiere del patrón de todos los servicios de telesalud y puede indicar que los beneficiarios de más edad prefieren usar el audio solamente o tienen mayor dificultad para acceder a la tecnología de audio y video que los beneficiarios de menos edad. Ver Prueba 7.

Además, los beneficiarios de doble elegibilidad y los beneficiarios hispanos fueron más propensos que otros usuarios a usar estos servicios por audio solamente. Más del 20 por ciento de los beneficiarios de doble elegibilidad y los beneficiarios hispanos usaron estos servicios con audio solamente. Los beneficiarios de estos grupos también fueron más propensos a usar todos los servicios de telesalud.

Asimismo, las beneficiarias fueron más propensas que los beneficiarios a usar estos servicios con audio solamente, y quienes residían en áreas urbanas fueron más propensos a usar estos servicios con audio solamente que los de las áreas rurales.

**Prueba 7: Ciertos beneficiarios fueron más propensos que otros a usar estos servicios con audio solamente durante el primer año de la pandemia.**



Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.  
 Nota: Este análisis se basa en los seis servicios de audio solamente.

# CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La pandemia de COVID-19 impuso desafíos sin precedentes en la forma de acceso a la atención médica de los beneficiarios de Medicare. En respuesta, el HHS y los CMS tomaron ciertas medidas para ampliar temporalmente el acceso a los servicios de telesalud para los beneficiarios de Medicare.

En un informe de acompañamiento, la OIG descubrió que el uso de servicios de telesalud se incrementó dramáticamente durante el primer año de la pandemia.<sup>21</sup> Más de 28 millones—alrededor de 2 de cada 5—de beneficiarios de Medicare usaron servicios de telesalud durante el primer año. En total, los beneficiarios usaron los servicios de telesalud 88 veces más durante el primer año de la pandemia que el año anterior.

Este informe de datos amplía ese análisis y muestra que, durante el primer año de la pandemia, muchos beneficiarios de Medicare usaron los servicios de telesalud en lugares y formas que antes Medicare no permitía, como en áreas urbanas, en el hogar y por audio solamente.<sup>22</sup> Más específicamente, descubrimos que los beneficiarios de las áreas urbanas fueron más propensos que los de las áreas rurales a usar los servicios de telesalud. Los beneficiarios con doble elegibilidad y los beneficiarios hispanos también fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud. Además, los beneficiarios casi siempre usaron los servicios de telesalud desde sus hogares u otros sitios no relacionados con la atención médica. Asimismo, casi un quinto de los beneficiarios usaron ciertos servicios de telesalud con audio solamente y la amplia mayoría de estos beneficiarios usaron estos servicios con audio exclusivamente.

Como los CMS, el HHS, el Congreso y otras partes interesadas consideran cambios permanentes en los servicios de telesalud de Medicare, es importante que equilibren las inquietudes sobre temas como el acceso, la calidad de la atención, el costo, la equidad en la salud y la integridad del programa. Al hacerlo, garantizarán la disponibilidad de los beneficios de telesalud con una minimización de riesgos. Los datos presentados en este informe demuestran cómo las expansiones temporales mejoraron el acceso a la telesalud para beneficiarios de Medicare, en particular para aquellos que carecen de atención médica. Al comprender quiénes se beneficiaron con el mayor acceso y cómo usaron los servicios de telesalud los diferentes grupos, se puede transmitir la información a los legisladores y las partes interesadas para que la tengan en cuenta al tomar decisiones sobre la telesalud.

## Recomendamos que los CMS:

### **Tomar las medidas correspondientes para permitir la transición satisfactoria de las flexibilidades vigentes por la pandemia a políticas sopesadas y permanentes del uso de los servicios de telesalud para los beneficiarios en áreas urbanas y desde el hogar del beneficiario**

Nuestros hallazgos demuestran la importancia del rol que tuvieron los servicios de telesalud en el acceso de los beneficiarios de Medicare a la atención médica cuando se amplió la disponibilidad de la telesalud durante la pandemia. Este es particularmente el caso para los beneficiarios de las áreas urbanas, ya que más de 24 millones de beneficiarios de las áreas urbanas usaron los servicios de telesalud desde marzo de 2020 hasta 2021. Asimismo, cuando se les dio la opción, más del 90 por ciento de todos los beneficiarios (de áreas urbanas y rurales) que usaron los servicios de telesalud, lo hicieron desde sus hogares u otros sitios no relacionados con la atención médica. Antes de la pandemia, muchos de estos beneficiarios no tenían permitido usar los servicios de telesalud en áreas urbanas o desde sus hogares. Sin embargo, a menos que los legisladores tomen medidas, millones de beneficiarios de áreas urbanas, así como también millones de beneficiarios de áreas tanto urbanas como rurales, que reciben atención desde el hogar perderán acceso a muchos servicios de telesalud una vez que finalicen las extensiones temporales de acceso a la telesalud.<sup>23</sup>

El Congreso ha extendido las ampliaciones temporales de la telesalud por 5 meses tras la finalización de la emergencia de salud pública. Si ese plazo termina antes de la promulgación de las políticas de telesalud a largo plazo, los CMS deben buscar más autoridad del Congreso para continuar accediendo temporalmente a los servicios de telesalud en áreas urbanas y desde el hogar del beneficiario. Esto garantizará que los beneficiarios inscritos en Medicare de pago por servicio puedan continuar recibiendo servicios vía telesalud, independientemente de la ubicación geográfica o la capacidad de viajar a un centro de atención médica para recibir atención, mientras los legisladores debaten y desarrollan políticas de telesalud más permanentes.

Mientras los CMS desarrollan propuestas para políticas de telesalud a largo plazo, deben considerar con detenimiento el impacto de la flexibilidad de la telesalud sobre el acceso del beneficiario a la atención médica, la equidad en la salud, la calidad, los costos y la integridad del programa. Los CMS deben tener en cuenta el análisis detallado en este informe y considerar optimizarlo para analizar mejor el acceso a la atención médica para los beneficiarios con carencias de atención médica, incluyendo como mantener la disponibilidad de la telesalud facilita el acceso al cuidado de estos beneficiarios. Los CMS también deberían usar otro trabajo de la OIG, incluso otro informe en esta serie sobre las inquietudes en cuanto a la integridad del programa relacionadas con los servicios de telesalud, otros análisis que llevan a cabo y los

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

comentarios e información de otras partes interesadas mientras desarrollan las propuestas de la política.<sup>24</sup>

## Extender temporalmente el uso de servicios de telesalud por audio solamente y evaluar el impacto

Los CMS deberían extender temporalmente el uso de servicios de telesalud por audio solamente una vez que finalicen las extensiones temporales de la telesalud y buscar autoridad legal si fuese necesario. Los CMS deberían entonces evaluar el impacto de los servicios de audio solamente en el acceso de los beneficiarios, la equidad, los costos, la calidad de la atención y la integridad del programa.<sup>25</sup>

Durante el primer año de la pandemia, más de 12 millones de beneficiarios usaron ciertos servicios de telesalud por audio solamente; la amplia mayoría de estos beneficiarios usaron servicios de telesalud por audio solamente de manera exclusiva. Estos usuarios pueden preferir los servicios por audio solamente o pueden tener inconvenientes para acceder a servicios de telesalud por audio y video, como la falta de la tecnología adecuada o para acceder a Internet de banda ancha. Además, ciertos beneficiarios como los de más edad, hispanos y con doble elegibilidad fueron más propensos a usar estos servicios por audio solamente que otros beneficiarios durante el primer año de la pandemia.

Sin ninguna otra medida, los beneficiarios de Medicare inscritos en Medicare de pago por servicio ya no tendrán permitido usar servicios de audio solamente (excepto en ciertas circunstancias) una vez que finalicen las extensiones temporales de la telesalud.<sup>26</sup> Además, hay preguntas sobre el impacto de estos servicios sobre la calidad de la atención, entre otros problemas.<sup>27</sup>

Los CMS deben usar la información de este informe, la información de sus evaluaciones y los comentarios y datos de otras partes interesadas para determinar si extienden permanentemente el uso de los servicios de audio solamente y qué limitaciones deberían implementarse en estos servicios, si corresponde. Por ejemplo, los CMS podrían permitir servicios de telesalud por audio solamente para los proveedores con los que el beneficiario tiene una relación establecida o cuando el beneficiario tiene visitas periódicas en persona con el proveedor.<sup>28</sup>

## Requerir un modificador para identificar todos los servicios de telesalud de audio solamente prestados en Medicare

Los CMS no pueden identificar todos los servicios de telesalud de audio solamente. En la actualidad, puede identificar 6 servicios, pero no puede identificar si los otros 86 servicios de telesalud se prestaron con audio solamente. Al no poder identificar si estos servicios son de audio solamente cuando se prestan, resulta difícil evaluar el uso de audio solamente así como también el impacto en el acceso, la calidad de la atención, la equidad y la integridad del programa.

A partir de 2022, los CMS exigen que los proveedores usen un modificador para facturar por servicios de telesalud por audio solamente bajo ciertas circunstancias.<sup>29</sup> Los CMS deben optimizarlo y exigir a los proveedores el uso de este modificador para identificar todos los servicios de telesalud prestados por audio solamente.<sup>30</sup> Esto es importante en el caso de que los CMS extiendan aún más el uso de servicios de telesalud por audio solamente de manera más permanente. Los CMS exigen que los proveedores identifiquen todos los servicios que se prestan por audio solamente con la finalidad de poder evaluar y monitorear el uso de los servicios de audio solamente.

## Usar telesalud para incrementar la equidad en la atención médica

La telesalud puede ser un recurso valioso para el acceso creciente a la atención médica, en especial para ciertos beneficiarios. Descubrimos que los beneficiarios de doble elegibilidad, hispanos, jóvenes y de sexo femenino fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia. Además, ciertos beneficiarios, como los beneficiarios hispanos, fueron más propensos a usar los servicios de telesalud que otros grupos, incluso cuando fueron menos propensos a usar cualquier servicio, lo que indica que particularmente se beneficiaron de la extensión de la telesalud.

Los CMS asumieron el compromiso de incrementar la equidad en la atención médica y han desarrollado una estrategia para promover la equidad en todos sus programas.<sup>31</sup> La telesalud puede ayudar a incrementar el acceso a la atención, en especial para los beneficiarios médicamente desatendidos o que tienen inconvenientes para acceder a la atención médica en persona. Los CMS deben tomar medidas para promover el uso de la telesalud y usar este recurso para abordar los objetivos de su estrategia de equidad en la salud, según corresponda. Por ejemplo, los CMS podrían incorporar la telesalud como una medida para ayudar a cerrar la brecha de acceso en las poblaciones médicamente desatendidas.

Además, los CMS deberían ofrecer una mayor extensión comunitaria e información para asistir a los beneficiarios en el acceso a la telesalud, en particular a los beneficiarios con acceso limitado a la atención en persona. Por ejemplo, los CMS podrían dirigir sus iniciativas Quality Innovation Network y Quality Improvement Organizations para ofrecer recursos que puedan ayudar en el acceso a la telesalud según sea adecuado e incluir información adicional sobre la telesalud en el manual de Medicare (por ej., Medicare y usted).

# COMENTARIOS DE LA AGENCIA Y RESPUESTA DE LA OIG

Los CMS no indicaron explícitamente estar de acuerdo con nuestras cuatro recomendaciones.

En respuesta a nuestra primera recomendación de tomar las medidas correspondientes para permitir una transición satisfactoria de las flexibilidades vigentes por la pandemia a políticas sopesadas y permanentes del uso de los servicios de telesalud para los beneficiarios en áreas urbanas y desde el hogar del beneficiario, los CMS manifestaron que tomaron medidas para implementar políticas de telesalud adecuadas a los cambios en la legislación, como la extensión de los sitios de origen donde el beneficiario puede estar ubicado para los servicios de telesalud en el área de la salud mental. Los CMS expresaron que continuarán implementando políticas adecuadas a su autoridad y agregaron que puede ser necesario otro cambio legislativo para implementar esta recomendación. En respuesta, la OIG reconoce que será necesario tomar otras medidas legislativas para la transición de las flexibilidades vigentes por la pandemia y que el Presupuesto del Presidente para el AF23 respalda la extensión de la cobertura de los servicios de telesalud más allá de la emergencia de salud pública para estudiar el impacto de la telesalud en la utilización de servicios y el acceso a la atención médica. La OIG continuará monitoreando la implementación de la propuesta del presupuesto del Presidente para el AF23 y sus resultados.

En respuesta a nuestra segunda recomendación de extender temporalmente el uso de los servicios de telesalud por audio solamente y evaluar su impacto, los CMS indicaron que establecieron una política para permitir que los servicios de salud mental se presten por audio solamente en ciertas circunstancias. Los CMS expresaron que continuarán implementando las políticas adecuadas a su autoridad y que puede ser necesario continuar con el cambio legislativo para implementar esta recomendación. En respuesta, la OIG reconoce que será necesario un incremento en la legislación para extender temporalmente el uso de la telesalud por audio solamente para la mayoría de los servicios. La OIG también enfatiza que es fundamental continuar con la evaluación del impacto de los servicios de telesalud por audio solamente en el acceso equitativo a la atención médica dados los hallazgos de la OIG en los individuos que fueron más propensos a usar los servicios de telesalud por audio solamente durante el primer año de la pandemia.

En respuesta a nuestra tercera recomendación de exigir un modificador para identificar todos los servicios de telesalud por audio solamente prestados en Medicare, los CMS mencionaron que, en la regla propuesta para los honorarios programados de los médicos para el año calendario 2023, propusieron incluir un modificador en las reclamaciones para los servicios de telesalud que fueron prestados mediante tecnología de audio solamente. Los CMS agregaron

que tendrán en cuenta los comentarios del período destinado a que el público dé su opinión, así como también la recomendación de la OIG para determinar los siguientes pasos adecuados.

En respuesta a nuestra cuarta recomendación de usar la telesalud para incrementar la equidad en la atención médica, los CMS indicaron que continúan evaluando las oportunidades para aumentar la equidad en la atención médica, motivar la innovación y promover la gestión fiscal responsable para el programa de Medicare basado en las flexibilidades de la telesalud implementadas durante la emergencia de salud pública. También expresaron que continuarán implementando políticas adecuadas a su autoridad. Los CMS agregaron que ofrecieron información para ayudar a los individuos con Medicare a acceder a los servicios de telesalud. Expresaron además que publicaron un Kit una serie de herramientas sobre la cobertura de la atención médica por telesalud que incluye información general, como detalles sobre los tipos de atención médica que los individuos pueden recibir a través de los servicios de telesalud. Los CMS indicaron que continuarán proporcionando a los individuos con Medicare información sobre sus opciones para recibir servicios a través de la telesalud según corresponda. La OIG valora el esfuerzo de los CMS y los invita a optimizarlo mediante, por ejemplo, una mayor extensión comunitaria y más información para ayudar a los beneficiarios a acceder a la telesalud.

Les solicitamos a los CMS que, en su decisión administrativa final, proporcionen detalles sobre todo plan y progreso hacia la implementación de nuestras recomendaciones.

Para leer el texto completo de los comentarios de los CMS, ver el Apéndice C.

# METODOLOGÍA

Basamos este informe de datos en un análisis de las reclamaciones de Medicare de pago por servicio y los encuentros de Medicare Advantage para los servicios de telesalud desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021. Esta información es similar a la información utilizada en otros informes en la serie sobre el uso de la telesalud por parte de los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia.<sup>32</sup>

Usamos las reclamaciones de Medicare Parte B de pago por servicio del Archivo Nacional de Antecedentes de Reclamaciones y los encuentros de Medicare Advantage obtenidos de la información de los encuentros de la Parte C. Al identificar los servicios de telesalud, revisamos los servicios facturados por médicos individuales; no revisamos los servicios facturados por entidades institucionales, como hospitales y hogares de ancianos. También usamos la información de inscripción a Medicare de pago por servicio y Medicare Advantage de la base de datos de inscripción de Medicare.

Usamos esta información para identificar las características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud en Medicare de pago por servicio y Medicare Advantage durante el primer año de la pandemia.

## Beneficiarios que usaron los servicios de telesalud

Para llevar a cabo este análisis, primero identificamos los servicios que aprobó Medicare para la telesalud durante la pandemia.<sup>33</sup> Estos servicios se describen con los códigos de Terminología para Procedimientos Actuales y los códigos del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica. El proveedor incluye estos códigos en la reclamación para el reembolso.

Como parte de nuestro análisis, incluimos los servicios de atención virtual como un tipo de servicio de telesalud. Estos servicios también se conocen como servicios a través de tecnologías de la comunicación. Estos servicios se prestan siempre de manera remota e incluyen chequeos virtuales, visitas electrónicas, monitoreo remoto y llamadas telefónicas con un proveedor para hablar sobre la afección de un beneficiario.

Identificamos estos servicios prestados mediante la telesalud con un modificador (es decir, 95, GT, GQ o G0) o un código de lugar de servicio (es decir, 02) que indica que el servicio se prestó por telesalud. Consideramos que los servicios que no tienen ninguno de estos modificadores y códigos se prestaron en persona.<sup>34</sup>

Para identificar los servicios de audio solamente, nos enfocamos en seis servicios de telesalud que están disponibles exclusivamente como servicios por audio solamente.

Estos seis servicios por audio solamente no incluyen video. Consisten en llamadas telefónicas de diferente duración con un proveedor para analizar la afección del beneficiario. No incluimos los otros servicios de telesalud que pueden prestarse por audio solamente porque la información de Medicare sobre estos servicios no distingue entre el uso de audio solamente y el uso de audio y video.

## **Análisis de las características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud**

Analizamos el uso de los servicios de telesalud entre beneficiarios con diferentes características.

Primero examinamos el uso de telesalud entre los beneficiarios que vivían en áreas urbanas y rurales. Determinamos si un beneficiario vivía en un área urbana o rural al comparar el código postal del beneficiario que figuraba en la base de datos de inscripción de Medicare con el área estadística basada en el núcleo (CBSA, por sus siglas en inglés) de la Oficina del Censo. Consideramos que un beneficiario vivía en un área urbana si residía en un área estadística metropolitana y en un área rural si residía en un área estadística micropolitana o fuera de un CBSA.<sup>35</sup>

También observamos el uso de los servicios de telesalud entre los beneficiarios residentes en diferentes estados. Determinamos el estado de residencia de un beneficiario según la dirección del beneficiario. También determinamos el grado de uso que los beneficiarios hicieron de la telesalud desde su hogar y otros sitios no relacionados con la atención médica.<sup>36</sup>

Luego, observamos el uso de telesalud entre los beneficiarios con ciertas características demográficas. Basamos este análisis en la información de la base de datos de inscripción de Medicare. Revisamos las siguientes características:

- Edad (menores de 65, 65-74, 75-84, mayores de 84)
- Sexo (masculino, femenino)
- Raza y etnia (blanca, negra, hispana, asiática/de las islas del Pacífico)
- Estatus de elegibilidad (doble elegibilidad, solo Medicare)

Cabe destacar que la información de raza y etnia se recopiló de la Administración del Seguro Social y de un algoritmo desarrollado por Research Triangle Institute.<sup>37</sup> Este algoritmo intenta mejorar la calidad de la información de la Administración del Seguro Social mediante la corrección de la información de raza para ciertos grupos según el nombre y la ubicación geográfica, así como las solicitudes hechas por individuos para ciertos materiales gubernamentales que deben proporcionarse en español.

Para cada grupo descrito previamente, calculamos el porcentaje de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud entre todos los beneficiarios inscritos y el porcentaje de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud entre los que

usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o a través de telesalud (es decir, cualquier servicio) durante el primer año de la pandemia.<sup>38</sup>

Por ejemplo, calculamos el porcentaje de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud entre todos los beneficiarios inscritos en Medicare en cada grupo de edades durante el primer año de la pandemia. Luego, comparamos estos porcentajes y determinamos qué grupos de edades fueron más propensos a usar los servicios de telesalud durante este primer período. Para cada grupo de edades, luego calculamos el porcentaje de beneficiarios que usaron los servicios de telesalud entre los beneficiarios que usaron cualquier servicio para determinar el grado de utilización del servicio de telesalud de cada grupo, independientemente de si eran más propensos a usar algún servicio.

Hicimos un análisis similar del uso de seis servicios de telesalud por audio solamente que están disponibles exclusivamente como servicios por audio solamente. Para cada grupo, calculamos el porcentaje de beneficiarios que usaron estos servicios entre todos los beneficiarios inscritos durante el primer año de la pandemia. Luego, comparamos estos porcentajes para determinar qué grupos de beneficiarios fueron más propensos a usar estos servicios de audio solamente durante este período. También determinamos el grado en el que los beneficiarios usaron estos servicios de telesalud por audio solamente de manera exclusiva.<sup>39</sup>

## Limitaciones

Mientras este estudio incluye información demográfica sobre quienes usan los servicios de telesalud, es posible que otros factores que no estaban incluidos en este estudio puedan haber influenciado el uso que un individuo hizo de la telesalud, como su diagnóstico, el estado de su salud o sus ingresos, entre otros factores. La comprensión de la influencia que estos factores pudieron haber tenido sobre el uso de los servicios de telesalud es importante para el trabajo futuro.

Además, aunque la información de raza y etnia es en la actualidad la mejor información disponible para toda la población de beneficiarios de Medicare, la comparación con la información dada por el propio beneficiario (disponible en ciertas circunstancias limitadas) indica que se sigue haciendo una clasificación errónea de la raza y la etnia para algunos de los beneficiarios. Como tal, no informamos sobre beneficiarios identificados como indígena estadounidense/nativo de Alaska dado que este grupo a menudo se clasifica erróneamente. Asimismo, aunque existe la etnia hispana, la información de Medicare combina la raza y la etnia y limita a los beneficiarios a una categoría.<sup>40</sup>

## Normas

Realizamos este estudio de conformidad con las *Normas de Calidad para Inspección y Evaluación* publicadas por el Consejo de Inspectores Generales sobre Integridad y Eficiencia.

# APÉNDICE A

## Porcentaje de beneficiarios en cada estado que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia

Estado	Porcentaje
Massachusetts	57 %
Delaware	57 %
California	52 %
Connecticut	50 %
Maryland	50 %
Nueva Jersey	50 %
Rhode Island	47 %
Nueva York	47 %
Arizona	47 %
Florida	47 %
Distrito de Columbia	46 %
Nuevo México	46 %
Hawái	45 %
Texas	45 %
Pensilvania	44 %
Nuevo Hampshire	44 %
Ohio	44 %
Oregón	43 %
Michigan	43 %
Minnesota	42 %
Indiana	42 %
Virginia	42 %
Kentucky	41 %
Vermont	41 %
Carolina del Norte	41 %

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

# APÉNDICE A (Cont.)

<b>Estado</b>	<b>Porcentaje</b>
Colorado	40 %
Illinois	39 %
Georgia	39 %
Alabama	38 %
Luisiana	38 %
Washington	38 %
Nevada	38 %
Maine	38 %
Misisipi	37 %
Oklahoma	37 %
Carolina del Sur	36 %
Utah	36 %
Arkansas	36 %
Alaska	35 %
Virginia Occidental	35 %
Wisconsin	34 %
Tennessee	30 %
Iowa	30 %
Idaho	30 %
Misuri	29 %
Dakota del Sur	27 %
Kansas	26 %
Montana	25 %
Wyoming	25 %
Nebraska	25 %
Dakota del Norte	21 %

Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

# APÉNDICE B

## Características de los beneficiarios que usaron los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia

**Anexo B1: Los beneficiarios de Medicare de áreas urbanas fueron más propensos que los de áreas rurales a usar los servicios de telesalud.**

Área	Cantidad		Porcentaje	
	Beneficiarios inscritos	Beneficiarios que usaron algún servicio*	Beneficiarios que usaron telesalud entre los inscritos	Beneficiarios que usaron telesalud entre los que usaron cualquier servicio
Urbana	54,393,561	44,910,462	45%	55%
Rural	11,337,760	9,217,144	33%	41%

\*Se refiere a la cantidad de beneficiarios que usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o por telesalud.

Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

**Anexo B2: Los beneficiarios con doble elegibilidad fueron más propensos a usar los servicios de telesalud que los beneficiarios que solo tenían Medicare.**

Elegibilidad	Cantidad		Porcentaje	
	Beneficiarios inscritos	Beneficiarios que usaron algún servicio*	Beneficiarios que usaron telesalud entre los inscritos	Beneficiarios que usaron telesalud entre los que usaron cualquier servicio
Doble elegibilidad	12,477,492	11,049,080	53%	60%
Solo Medicare	53,605,379	43,079,920	40%	50%

\*Se refiere a la cantidad de beneficiarios que usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o por telesalud.

Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

# APÉNDICE B (Cont.)

**Anexo B3: Los beneficiarios hispanos fueron más propensos que otros grupos a usar los servicios de telesalud.**

Raza y etnia	Cantidad		Porcentaje	
	Beneficiarios inscritos	Beneficiarios que usaron algún servicio*	Beneficiarios que usaron telesalud entre los inscritos	Beneficiarios que usaron telesalud entre los que usaron cualquier servicio
Hispano/a	5,744,927	4,472,408	48%	61%
Negro/a	7,010,304	5,632,552	45%	56%
Asiático/a/nativo/a de Isl	2,388,933	1,773,416	42%	56%
Blanco/a	48,663,596	40,538,574	42%	51%

\*Se refiere a la cantidad de beneficiarios que usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o por telesalud.

Nota: La información de beneficiarios identificados como indígenas Estadounidenses o Nativos de Alaska, Otro, Desconocido o sin datos sobre raza y etnia no se incluyó en la tabla debido a las limitaciones de la información. Además, aunque existe la etnia hispana, la información de Medicare combina la raza y la etnia y limita a los beneficiarios en una sola categoría.

Source: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

**Anexo B4: Los beneficiarios de Medicare menores de 65 años fueron más propensos que los beneficiarios de otros grupos de edades a usar los servicios de telesalud.**

Edad	Cantidad		Porcentaje	
	Beneficiarios inscritos	Beneficiarios que usaron algún servicio*	Beneficiarios que usaron telesalud entre los inscritos	Beneficiarios que usaron telesalud entre los que usaron cualquier servicio
Menores de 65	8,747,663	6,935,246	49%	61%
65-74	33,184,295	25,545,589	38%	49%
75-84	17,032,153	15,206,898	47%	53%
Mayores de 84	7,198,694	6,442,203	47%	53%

\*Se refiere a la cantidad de beneficiarios que usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o por telesalud.

Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19

# APÉNDICE B (Cont.)

Anexo B5: Las beneficiarias fueron más propensas que los beneficiarios a usar los servicios de telesalud.

Sexo	Cantidad		Porcentaje	
	Beneficiarios inscritos	Beneficiarios que usaron algún servicio*	Beneficiarios que usaron telesalud entre los inscritos	Beneficiarios que usaron telesalud entre los que usaron cualquier servicio
Mujer	35,849,569	30,514,701	<b>46%</b>	54%
Hombre	30,313,225	23,615,231	<b>39%</b>	50%

\*Se refiere a la cantidad de beneficiarios que usaron algún servicio elegible para telesalud, ya sea en persona o por telesalud.

Fuente: Análisis de la OIG de los datos de los CMS, 2022.



Administrador  
Washington, DC 20201

**FECHA:** 29 de julio de 2022

**PARA:** Gregory E. Demske  
Subinspector general principal interino  
Oficina del Inspector General

**DE:** Chiquita Brooks-LaSure *Chiq B LaS*  
Administrador  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

**ASUNTO:** Informe de datos preliminar de la Oficina del Inspector General (OIG):  
Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19 (OEI-02-20-00522)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agradecen la oportunidad de analizar y hacer comentarios sobre el informe preliminar de la Oficina del Inspector General (OIG).

Los CMS asumen el compromiso de incrementar la equidad en la atención y reconocen que la telesalud puede ser una herramienta útil para abordar las desigualdades. En pos del avance de la equidad en la salud, los CMS diseñan, implementan y ponen en práctica políticas y programas que respaldan la salud para todas las personas que usan nuestros programas, y así eliminar diferencias evitables en los resultados de salud obtenidos por personas desfavorecidas o marginadas, y prestar la atención médica y dar el apoyo que nuestros afiliados necesitan para progresar.

Al principio de la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés), los CMS emitieron exenciones para evitar las brechas en el acceso a la atención médica para los pacientes afectados por la PHE por el COVID-19, incluso las exenciones para los servicios prestados a través de la telesalud. Estos cambios en las políticas de pago y cobertura se implementaron con la finalidad de permitir la máxima flexibilidad para que los proveedores de atención médica puedan minimizar la propagación del COVID-19 entre los beneficiarios de Medicare, el personal de atención médica y la comunidad en general e incrementar la capacidad para cubrir las necesidades de sus pacientes.

El 17 de marzo de 2020, los CMS anunciaron la extensión temporal y de emergencia de los servicios de telesalud conforme a la facultad de exención agregada por la Ley de Asignaciones para Respuesta y Preparación ante el Coronavirus de 2020 en la sección 1135(b)(8) de la Ley de Seguridad Social (Pub. L. 116-123, 6 de marzo de 2020). A partir del 6 de marzo de 2020 y durante la vigencia de la PHE por el COVID-19, Medicare

paga los servicios de telesalud, incluidas las visitas en el consultorio, hospital o de otra índole que los médicos y otros profesionales de la salud presten a los pacientes ubicados en cualquier sitio del país, incluido el lugar de residencia del paciente. En el contexto de la PHE por el COVID-19, los CMS reconocieron que el uso de los servicios de telesalud podían ayudar a enfrentar los nuevos desafíos impuestos por el riesgo de exposición para las personas con Medicare, los proveedores de atención médica y la comunidad en general. Para facilitar el uso de las tecnologías de telecomunicaciones como un sustituto seguro de los servicios prestados en persona, los CMS, de manera temporal y definitiva, agregaron muchos servicios a la lista de los servicios de telesalud elegibles de Medicare, eliminaron las limitaciones de frecuencia y otros requisitos asociados con servicios particulares prestados a través de la telesalud y clarificaron varias reglas de pago que rigen a otros servicios prestados mediante el uso de tecnologías de telecomunicaciones que pueden reducir los riesgos de exposición.<sup>1</sup>

Los CMS también han tomado medidas para implementar las políticas adecuadas a los cambios en la legislación que entrarán en vigencia cuando finalice la PHE por el COVID-19. Por ejemplo, la sección 123 de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 eliminó las restricciones geográficas y agregó el hogar del beneficiario como un sitio de origen permitido para la prestación de servicios de telesalud con la finalidad de diagnóstico, evaluación o tratamiento de un problema de salud mental. La sección 123 exige que para estos servicios se debe llevar a cabo una consulta en persona, no por telesalud, con un médico o profesional médico dentro de los seis meses anteriores a la visita inicial por telesalud. También exige que la Secretaría establezca una frecuencia para las visitas subsiguientes en persona. Los CMS implementaron estas enmiendas estatutarias mediante la Norma Definitiva del Cronograma de Honorarios para Médicos para el Año Calendario 2022 en las que se especificó que se debe llevar a cabo una consulta en persona, no por telesalud, al menos cada 12 meses para estos servicios y que se pueden hacer excepciones al requisito de las consultas en persona según las circunstancias particulares del beneficiario (y se debe documentar el motivo en el registro médico del paciente), y además se aclaró que con nuestra política se permite hacer visitas más frecuentes, según la necesidad clínica de cada caso.<sup>2</sup>

En la Norma final del Cronograma de Honorarios para Médicos para el Año Calendario 2022, los CMS también establecieron una política permanente para permitir el uso de un sistema de telecomunicaciones interactivo por audio solamente para los servicios de telesalud para la salud mental prestados por profesionales médicos que tienen la capacidad de ofrecer comunicación por audio y video entre dos participantes, pero en situaciones en las que el beneficiario no tiene la capacidad, o no

---

<sup>1</sup> La lista de estos servicios de telesalud elegibles está publicada en el sitio web de los CMS en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/Telehealth/index.html>.

<sup>2</sup> Programa de Medicare; Políticas de Pago para el Año Calendario 2022 para el Cronograma de Honorarios para Médicos y Otros Cambios a las Políticas de Pago de la Parte B, Norma Definitiva (86 FR 64996) (11/19/2021). Consultada en <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2021-11-19/pdf/2021-23972.pdf>

autoriza, el uso de la tecnología de audio y video entre los dos participantes. Los CMS también especificaron que se debe usar un modificador designado en las reclamaciones para estos servicios prestados mediante la comunicación por audio solamente, que permitirán verificar que el profesional médico tenía la capacidad de utilizar tecnología de audio y video entre los dos participantes, pero, en su lugar, usó la tecnología de audio solamente por elección o limitaciones del beneficiario.

La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 (Pub. L. 117-103) incluyó varias disposiciones que extendieron ciertas flexibilidades de los servicios de telesalud de Medicare adoptadas durante la PHE por 151 días luego de terminada la PHE por el COVID-19. Entre ellas se incluye el permiso para la prestación de servicios de telesalud en cualquier área geográfica y sitio de origen, incluso el hogar del beneficiario, lo que permite que ciertos servicios se presten mediante sistemas de telecomunicaciones de audio solamente y que los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y del lenguaje y audiólogos también presten servicios de telesalud.

En la Norma final del Cronograma de Honorarios para Médicos para el Año Calendario 2023, los CMS dieron aviso de su intención de proporcionar instrucciones para el programa y otras guías subregulatorias con el objetivo de hacer efectivos los cambios en la telesalud promulgados en la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 para garantizar una transición sin complicaciones cuando finalice la PHE.<sup>3</sup> Los CMS también propusieron extender el plazo de ciertos servicios que están disponibles temporalmente como servicios de telesalud, para tener más tiempo para la recopilación de datos que podrían respaldar su inclusión eventual como servicios permanentes en la lista de servicios de telesalud de Medicare.

Los CMS continúan evaluando tanto la inclusión de los servicios de telesalud agregados como recursos temporales a los servicios de telesalud de Medicare durante la PHE por el COVID-19 como las oportunidades para implementar políticas que incrementen la equidad en la salud, fomenten la innovación y promuevan la gestión fiscal responsable para el programa de Medicare basado en las flexibilidades de la telesalud implementadas durante la PHE.

Abajo se incluyen las recomendaciones de la OIG y respuestas de los CMS.

---

<sup>3</sup> Programa de Medicare; Políticas de pago para el año calendario 2023 para el Cronograma de Honorarios para Médicos y Otros Cambios a las Políticas de Pago de la Parte B, Norma Definitiva (87 FR 45860) (07/29/2022). Consultado en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2022-07-19/pdf/2021-14562.pdf>

### **Recomendación de la OIG**

La OIG recomienda que los CMS tomen las medidas adecuadas para permitir la transición satisfactoria de las flexibilidades vigentes por la pandemia a políticas sopesadas y permanentes del uso de los servicios de telesalud para los beneficiarios en áreas urbanas y desde el hogar del beneficiario.

### **Respuesta de los CMS**

La Sección 301 de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 amplía de manera temporal el alcance de los sitios de origen de la telesalud para que incluyan cualquier sitio en los Estados Unidos donde se encuentre el beneficiario al momento de la prestación del servicio de telesalud, incluido el hogar del beneficiario, por 151 días luego de finalizada la PHE. El Presupuesto del Presidente para el Año Fiscal (AF) 2023 establece que la Administración se compromete a respaldar la extensión temporal de una cobertura de telesalud más amplia bajo Medicare más allá de la PHE por el COVID-19 declarada por la Secretaría con el objetivo de estudiar la capacidad de promover el uso adecuado de la telesalud y el acceso a la atención.<sup>4</sup>

Además, como se menciona arriba, los CMS han tomado medidas para implementar políticas adecuadas a los cambios en la legislación que entran en efecto una vez finalizada la PHE por el COVID-19, como la extensión de los sitios de origen de la consulta al lugar donde pueda estar ubicado el beneficiario para los servicios de telesalud para problemas de salud mental. Al implementar estos cambios estatutarios, los CMS también establecieron una política que permite la prestación de servicios de salud mental a través de la telesalud mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones de audio solamente en ciertas circunstancias. Los CMS continuarán implementando las políticas adecuadas a su autoridad; sin embargo, puede ser necesario continuar con el cambio legislativo para implementar esta recomendación.

### **Recomendación de la OIG**

La OIG recomienda que los CMS extiendan temporalmente el uso de los servicios de telesalud por audio solamente y evalúen el impacto de esta medida.

---

<sup>4</sup> Resumen del Presupuesto para el Año Fiscal 2023 del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Consultado en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2023-budget-in-brief.pdf>

### **Respuesta de los CMS**

La Sección 305 de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 extiende las flexibilidades relacionadas con la prestación de servicios de telesalud con tecnología de comunicaciones con audio solamente por 151 días luego de terminada la PHE por el COVID-19. El Presupuesto del Presidente para el Año Fiscal (AF) 2023 establece que la Administración se compromete a respaldar la extensión temporal de una cobertura de telesalud más amplia bajo Medicare más allá de la PHE por el COVID-19 declarada por la Secretaría con el objetivo de estudiar la capacidad de promover el uso adecuado de la telesalud y el acceso a la atención.

Además, como se menciona arriba, los CMS han tomado medidas para implementar políticas adecuadas a los cambios en la legislación que entran en efecto una vez finalizada la PHE por el COVID-19, como la extensión de los sitios de origen de la consulta al lugar donde pueda estar ubicado el beneficiario para los servicios de telesalud para problemas de salud mental. Al implementar estos cambios estatutarios, los CMS también establecieron una política que permite la prestación de servicios de salud mental a través de la telesalud mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones de audio solamente en ciertas circunstancias. Los CMS continuarán implementando las políticas adecuadas a su autoridad; sin embargo, puede ser necesario continuar con el cambio legislativo para implementar esta recomendación.

### **Recomendación de la OIG**

La OIG recomienda que los CMS exijan un modificador para identificar todos los servicios de telesalud por audio solamente proporcionados por Medicare.

### **Respuesta de los CMS**

En la Norma propuesta del Cronograma de Honorarios para Médicos para el Año Calendario 2023 propusimos que a partir del 1 de enero de 2023, un médico u otro profesional médico capacitado que facture servicios de telesalud prestados mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones de audio solamente deberá incluir el modificador CPT "93" (servicio sincrónico de telemedicina prestado a través del teléfono o de otro sistema de telecomunicaciones interactivas en tiempo real de audio solamente) en las reclamaciones de telesalud de Medicare para los servicios que tienen permitido el uso de tecnología de audio solamente según § 410.78(a)(3), con el objetivo de identificarlos como servicios prestados con tecnología de audio solamente. Tendremos en cuenta los comentarios del período destinado a que el público dé su opinión, así como también la recomendación de la OIG para determinar los siguientes pasos adecuados.

### **Recomendación de la OIG**

La OIG recomienda que los CMS usen la telesalud para incrementar la equidad en la atención médica.

### **Respuesta de los CMS**

Los CMS asumen el compromiso de mejorar la equidad en la atención médica para las personas con Medicare mediante operaciones y políticas en los programas Medicare Tradicional, Medicare Advantage y la Parte D, para garantizar que los servicios sean apropiados desde los puntos de vista cultural y lingüístico, que la atención tenga gran valor y se centre en la persona, que las comunidades carenciadas tengan acceso a una atención de calidad, que se eliminen las desigualdades y que se aborden las necesidades sociales.

Como se especifica arriba, continuamos evaluando las oportunidades para incrementar la equidad en la atención médica, fomentar la innovación y promover la gestión fiscal responsable para el programa de Medicare basado en las flexibilidades de la telesalud implementadas durante la PHE y continuaremos también implementando las políticas adecuadas a nuestra autoridad.

Los CMS han ofrecido información para ayudar a los individuos con Medicare a acceder a la telesalud. Por ejemplo, los CMS han proporcionado información sobre la telesalud a individuos con Medicare en el manual Medicare y usted; Medicare.gov y en las redes sociales.<sup>5</sup> <sup>6</sup> Los CMS también han publicado un Kit de herramientas sobre la cobertura de la atención médica por telesalud que incluye información general sobre los tipos de atención que pueden recibir los individuos a través de la telesalud, la preparación para una cita, lo que deben esperar durante una visita y mucho más.<sup>7</sup> El Kit de herramientas sobre la cobertura de la atención médica por telesalud está disponible en ocho idiomas. Los CMS continuarán proporcionando información a individuos con Medicare que incluye sus opciones para recibir servicios por telesalud según corresponda.

---

<sup>5</sup> Medicare y usted 2022. Consultado en: <https://www.medicare.gov/media/10991>

<sup>6</sup> Medicare Gov. Consultado en: <https://www.medicare.gov/coverage/telehealth>

<sup>7</sup> Telesalud: Lo que debe saber para su familia. Consultado en: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/equity-initiatives/c2c/consumer-resources>

# RECONOCIMIENTOS Y CONTACTO

## Reconocimientos

Vincent Greiber se desempeñó como líder del equipo para este estudio. Otros integrantes del personal de la Oficina de Evaluación e Inspecciones de la oficina regional de Nueva York que llevaron a cabo el estudio incluyen a Aaron Plotke y John Gordon. Otros integrantes del personal de la Oficina de Evaluación e Inspecciones que prestaron su apoyo incluyen a Miriam Anderson, Robert Gibbons y Michael Novello.

Este informe se preparó bajo la dirección de Jodi Nudelman, inspectora general regional de Evaluación e Inspecciones en la oficina regional de Nueva York y Nancy Harrison y Meridith Seife, subinspectoras generales regionales.

## Contacto

Para obtener información adicional relacionada con este informe, póngase en contacto con la Oficina de Asuntos Públicos en [Public.Affairs@oig.hhs.gov](mailto:Public.Affairs@oig.hhs.gov). Los informes y otra información de la OIG se pueden consultar en el sitio web de la OIG en [oig.hhs.gov](http://oig.hhs.gov).

Oficina del Inspector General  
Departamento de Salud y Servicios Humanos  
de los Estados Unidos, 330 Independence  
Avenue, SW  
Washington, DC 20201

# NOTAS FINALES

<sup>1</sup> El HHS y los CMS pudieron extender temporalmente el acceso a los servicios de telesalud gracias a su facultad de exención bajo la sección 1135 de la Ley del Seguro Social, la legislación subsiguiente y la declaración de la emergencia de salud pública por el COVID-19 hecha por la Secretaría. La emergencia de salud pública se anunció el 31 de enero de 2020. Ver HHS, *Determinación de que existe una emergencia de salud pública* (versión en inglés), 31 de enero de 2020, consultado en: <https://www.phe.gov/emergency/news/healthactions/phe/Pages/2019-nCoV.aspx> el 8 de abril de 2022. Ver también la Ley de Asignaciones para Respuesta y Preparación ante el Coronavirus de 2020 (versión en inglés); consultada en <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/6074/text/rds> el 23 de noviembre de 2021. Ver también la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (versión en inglés); consultada en <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/6201/text> el 15 de abril de 2022. Ver también la Ley CARES (versión en inglés); consultada en: <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/748/text> el 23 de noviembre de 2021.

<sup>2</sup> OIG, *los servicios de telesalud fueron esenciales para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia de COVID-19*, OEI-02-20-00520, marzo de 2022.

<sup>3</sup> OIG, *los servicios de telesalud fueron esenciales para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia de COVID-19*, OEI-02-20-00520, marzo de 2022; OIG, *la mayoría de los beneficiarios de Medicare recibieron servicios de telesalud solo de proveedores con los que tenían una relación médica establecida*, OEI-02-20-00521, octubre de 2021; OIG, *Servicios de telesalud de Medicare durante el primer año de la pandemia: Riesgos de integridad del programa*, OEI-02-20-00720, septiembre de 2022; Pandemic Response Accountability Committee, *Servicios de telesalud en ciertos programas de atención médica federal*, OEI-02-22-00150, a futuro.

<sup>4</sup> Estos beneficiarios no usaron ningún servicio de telesalud por audio y video durante este período. Es posible que hayan usado servicios en persona.

<sup>5</sup> En este informe, nos referimos a los servicios que pueden ser prestados ya sea por telesalud o en persona, así como también a los servicios que siempre se prestan de manera remota, como servicios de telesalud.

<sup>6</sup> Estos servicios también se conocen como servicios a través de tecnologías de la comunicación. En este informe, los denominamos servicios de atención virtual. Los CMS no incluyen servicios a través de tecnología de la comunicación en su definición formal de servicios de telesalud.

<sup>7</sup> Por ejemplo, antes de la pandemia, los beneficiarios tenían permitido usar los servicios de atención médica virtual así como también los servicios de telesalud para abordar trastornos de consumo de sustancias o enfermedad renal en etapa terminal desde el hogar y en áreas urbanas. Además, a partir de 2020, los planes Medicare Advantage pudieron permitir que sus beneficiarios usen los servicios de telesalud desde sus hogares y en áreas urbanas.

<sup>8</sup> A efectos de este estudio, incluimos los servicios de telesalud aprobados para el pago por Medicare a partir del 28 de febrero de 2021.

<sup>9</sup> Antes de la pandemia, los beneficiarios podían recibir ciertos servicios de atención médica virtual, como cheques virtuales solo por audio.

<sup>10</sup> OIG, *La telesalud fue esencial para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia de COVID-19*; OEI-02-20-00520, marzo de 2022.

<sup>11</sup> Los beneficiarios residentes de un área estadística metropolitana fueron clasificados como urbanos; todo el resto fue clasificado como rural. Ver la metodología para más información.

<sup>12</sup> Antes de la pandemia, los beneficiarios residentes de áreas urbanas tenían permitido usar servicios de atención médica virtual así como también servicios de telesalud para abordar trastornos de abuso de sustancias o enfermedad renal en etapa terminal. Además, a partir de 2020, los planes Medicare Advantage pudieron permitir que sus beneficiarios usen los servicios de telesalud en áreas urbanas.

Informe de datos: Ciertos beneficiarios de Medicare, como los beneficiarios de áreas urbanas y los hispanos, fueron más propensos que otros a usar los servicios de telesalud durante el primer año de la pandemia de COVID-19  
OEI-02-20-00522

<sup>13</sup> Según un informe de 2019, la Comisión Federal de Telecomunicaciones estimó que el 26 por ciento de los residentes de áreas rurales no tenían acceso al servicio de Internet de banda ancha, mientras que el 1.7 por ciento de los residentes de áreas urbanas tampoco tenían acceso en 2017. Consultado en: <https://docs.fcc.gov/public/attachments/FCC-19-44A1.pdf> el 17 de diciembre de 2020.

<sup>14</sup> OIG, *Los estados informaron sobre desafíos múltiples en el uso de los servicios de telesalud para prestar servicios de salud conductual a los inscritos en Medicaid*, OEI-02-19-00400, septiembre de 2021.

<sup>15</sup> Antes de la pandemia, los beneficiarios que usaban servicios de telesalud para abordar trastornos de abuso de sustancias o enfermedad renal en etapa terminal, así como también los beneficiarios que usaban los servicios de atención médica virtual, tenían permitido recibir servicios desde sus hogares. Además, a partir de 2020, los planes Medicare Advantage podían permitir que sus beneficiarios reciban los servicios desde su hogar.

<sup>16</sup> Para más información sobre cómo los beneficiarios pasan a ser elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, consulte la Comisión de Acceso de Medicaid y CHIP, *Elegibilidad: Beneficiarios de doble elegibilidad*, consultado en <https://www.macpac.gov/subtopic/dually-eligible-beneficiaries-eligibility/> el 22 de febrero de 2021. Para obtener información sobre el estado de salud de los beneficiarios de doble elegibilidad, consultar CMS, *Personas con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid*, consultado en [https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/MMCO\\_Factsheet.pdf](https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/MMCO_Factsheet.pdf) el 17 de diciembre de 2020. Consulte también CMS, *Informe del AF 2019 para el Congreso de la Oficina de Coordinación de Medicare y Medicaid*, consultado en <https://www.cms.gov/files/document/mmco-report-congress.pdf> el 17 de diciembre de 2020.

<sup>17</sup> Este análisis utiliza la información de raza y etnia de la base de datos de inscripción de Medicare, que se basa en la información recopilada de la Administración del Seguro Social y de un algoritmo. Se debe tener en cuenta que la información de beneficiarios identificados como indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, Otro, Se desconoce o sin datos sobre raza y etnia no se incluyó debido a las limitaciones de la información. Además, aunque existe la etnia hispana, la información de Medicare combina la raza y la etnia y limita a los beneficiarios a una sola categoría. Aunque esta sea la mejor información disponible para toda la población de beneficiarios de Medicare, la comparación con la información dada por el propio beneficiario (disponible en ciertas circunstancias limitadas) indica que se sigue haciendo una clasificación errónea de la raza y la etnia para algunos de los beneficiarios. En particular, los beneficiarios de Medicare que se identifican con una raza y etnia definida como Indígena estadounidense/nativa de Alaska, asiática/de las islas del Pacífico o hispana son más propensos a la clasificación errónea. Para conocer un análisis más detallado de estos temas, consulte OIG, *Las imprecisiones en los datos de raza y etnia de Medicare dificultan la evaluación de las desigualdades de acceso a la salud*, OEI-02-21-00100, junio de 2022.

<sup>18</sup> Tres de estos códigos son códigos de administración y evaluación telefónica (99441, 99442, 99443) y los otros tres son códigos de administración y valoración telefónica (98966, 98967, 98968).

<sup>19</sup> Los CMS no distinguen entre los servicios de audio solamente y de audio y video para estos 86 servicios. Además, los planes Medicare Advantage pueden ofrecer "beneficios complementarios de telesalud" que incluyen servicios de audio solamente que no pueden identificarse en la información. Asimismo, a partir del 1 de enero de 2022, los CMS exigirán a los proveedores el uso de un modificador para identificar los servicios de audio solamente para el tratamiento de ciertos problemas de la salud mental. Ver el *Cronograma de honorarios para médicos de Medicare actualizados para telesalud de la Red de Aprendizaje de Medicare CY2022*; consultado en [MM12549 - CY2022 Cronograma de honorarios para médicos de Medicare actualizados para telesalud \(cms.gov\)](#) el 1 de febrero de 2022. Ver también 86 FR 64996 (19 de noviembre de 2021).

<sup>20</sup> Estos beneficiarios no usaron ningún servicio de telesalud por audio y video durante este período. Es posible que hayan usado servicios en persona.

<sup>21</sup> OIG, *La telesalud fue fundamental para la prestación de servicios a los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia de COVID-19*, OEI-02-20-00520, marzo de 2022.

<sup>22</sup> Antes de la pandemia, había circunstancias limitadas en las que los beneficiarios de Medicare podían acceder a los servicios de telesalud en las áreas urbanas, desde sus hogares y a través de audio solamente.

<sup>23</sup> El 19 de noviembre de 2021, los CMS extendieron el acceso a los servicios de telesalud para tratar problemas de salud mental para los beneficiarios de Medicare de pago por servicio. Esta extensión permite que los beneficiarios de áreas urbanas y los que buscan atención desde su hogar puedan acceder a los servicios de telesalud para tratar sus problemas de salud mental. Ver 86 FR 64996 (19 de noviembre de 2021). Además, la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 amplía la mayoría de las flexibilidades de la telesalud a 151 días después de terminada la emergencia de salud pública. Ver la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022; consultada en: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/2471> el 22 de marzo de 2022.

<sup>24</sup> OIG, *Servicios de telesalud de Medicare durante el primer año de la pandemia: Riesgos de integridad del programa*, OEI-02- 20-00720, septiembre de 2022.

<sup>25</sup> Esto es similar a una recomendación hecha por el Comité Asesor de Pagos de Medicare. Ver Comité Asesor de Pagos de Medicare, *Informe al Congreso de marzo de 2021: Política de pago de Medicare*; consultada en [Informe al Congreso de marzo de 2021: Política de pago de Medicare – MedPAC](#) el 15 de septiembre de 2021.

<sup>26</sup> Los CMS extendieron el acceso a los servicios de telesalud por audio solamente para el tratamiento de problemas de salud mental para los beneficiarios de Medicare de pago por servicio tras la culminación de la emergencia de salud pública. Ver 86 FR 64996 (19 de noviembre de 2021). La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 también extiende el uso de servicios de telesalud por audio solamente por 151 días luego de la finalización de la emergencia de salud pública. Ver la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022, consultada en: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/2471> el 22 de marzo de 2022.

<sup>27</sup> Ver Comité Asesor de Pagos de Medicare, *Informe al Congreso de marzo de 2021: Política de pago de Medicare*; consultada en [Informe al Congreso de marzo de 2021: Política de pago de Medicare – MedPAC](#) el 15 de septiembre de 2021.

<sup>28</sup> Junto con su extensión permanente de los servicios de telesalud con audio solamente para los problemas de salud mental, los CMS implementaron un requisito periódico en persona que exige al beneficiario tener una consulta en persona con un proveedor dentro de los 6 meses previos a la visita inicial con audio solamente y dentro de los 12 meses para las visitas subsiguientes con audio solamente, con ciertas excepciones. Este requisito de una visita en persona rige para los servicios de telesalud por audio y video y por audio solamente para los problemas de salud mental. La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 demoró la implementación del requisito de la visita en persona hasta los 152 días después de terminada la emergencia de salud pública.

<sup>29</sup> A partir del 1 de enero de 2022, los CMS exigen a los proveedores usar un modificador para identificar los servicios de audio solamente para el tratamiento de los problemas de salud mental. Ver el *Cronograma de honorarios para médicos de Medicare actualizados para telesalud de la Red de Aprendizaje de Medicare CY2022*; consultado en [MM12549 - CY2022 Cronograma de honorarios para médicos de Medicare actualizados para telesalud \(cms.gov\)](#) el 1 de febrero de 2022. Ver también 86 FR 64996 (19 de noviembre de 2021).

<sup>30</sup> La Comité Asesor de Pagos de Medicare, en su *Informe al Congreso de marzo de 2022: La Política de pago de Medicare* también recomendó que los CMS exijan a los proveedores el uso de un modificador de reclamaciones para identificar los servicios de telesalud de audio solamente. Informe consultado en [MedPAC Informe al Congreso de marzo de 2022](#) el 22 de marzo de 2022.

<sup>31</sup> Ver hoja de datos de los CMS, consultada en <https://www.cms.gov/files/document/health-equity-fact-sheet.pdf> el 22 de abril de 2022.

<sup>32</sup> OIG, *La mayoría de los beneficiarios de Medicare recibió los servicios de telesalud solo de proveedores con quienes habían establecido una relación médica*, OEI-02-20-00521, octubre de 2021; OIG, *La telesalud fue fundamental para la prestación de servicios a los beneficiarios de Medicare durante el primer año de la pandemia de COVID-19*, OEI-02-20- 00520, marzo de 2022; OIG, *Servicios de telesalud de Medicare durante el primer año de la pandemia: Riesgos de integridad del programa*, OEI-02-20-00720, septiembre de 2022.

<sup>33</sup> Los códigos usados en el análisis de este informe de datos incluyen los que están disponibles en la lista del sitio web de los CMS del 28 de febrero de 2021, que pueden encontrarse en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/Telehealth/Telehealth-Códigos>. Estos códigos también incluyen los servicios a través de tecnologías de la comunicación que estuvieron permitidos durante el primer año de la pandemia. Ver 85 F.R. 19230 (6 de abril de 2020) y 85 F.R. 84472 (20 de diciembre de 2020).

<sup>34</sup> Se considera que todos los códigos de servicios de atención médica virtual se prestaron a través de telesalud ya que estos servicios solo pueden prestarse de manera remota.

<sup>35</sup> Los CBSA incluyen las áreas estadísticas metropolitanas y las áreas estadísticas micropolitanas y las áreas no CBSA. Un área estadística metropolitana es un área urbanizada de 50,000 personas o más. Un área estadística micropolitana es un área urbanizada de más de 10,000 personas pero menos de 50,000 personas.

<sup>36</sup> Para este análisis, revisamos las reclamaciones presentadas por las instituciones y los profesionales individuales. Si las reclamaciones de los beneficiarios no incluyeron un cargo por centro de origen y el beneficiario recibió al menos un servicio de telesalud, consideramos que el beneficiario usó la telesalud desde su hogar o desde un sitio que no está relacionado con la atención médica.

<sup>37</sup> La información de Medicare combina raza y etnia y limita a los beneficiarios a una sola categoría.

<sup>38</sup> Determinamos la inscripción según los beneficiarios inscritos en Medicare de pago por servicio o Medicare Advantage a partir del 28 de febrero de 2021.

<sup>39</sup> Estos beneficiarios no usaron ningún servicio de telesalud por audio y video durante este período. Es posible que hayan usado servicios en persona.

<sup>40</sup> Para analizar estos temas en mayor profundidad, ver OIG, *Las imprecisiones en los datos de raza y etnia de Medicare dificultan la evaluación de las desigualdades de acceso a la salud*, OEI-02-21-00100, junio de 2022.