

El programa de Medicaid Managed Care

Los mitos

El programa Medicaid Managed Care tiene la meta de mejorar la coordinación del cuidado médico de los pacientes, lo cual mejorará los resultados de salud a un bajo costo.

Ya que su meta es trabajar por los pacientes, no ganarse el dinero, las organizaciones de cuidado administrado sin fines de lucro pueden satisfacer las necesidades médicas de todos sus miembros.

El problema con Medicaid es que simplemente es demasiado caro y cuesta tanto porque a los doctores se les paga por cada servicio que proveen, incentivándolos a realizar más servicios de lo necesario.

Castigando las organizaciones de cuidado administrado de manera financiera si no mantienen un estándar de calidad en cuanto al servicio médico asegura que proveerán excelentes servicios para sus miembros.

Antes de que podamos implementar un programa de seguro médico con un solo pagador, tenemos que mejorar la manera en la cual se provee el cuidado médico.

Los hechos

No existe prueba que el cuidado de salud controlado mejora los resultados de salud a un bajo costo. Medicaid Managed Care solo tiene la meta de aumentar las ganancias de las compañías de seguro médico, las cuales sólo ganan cuando se niegan a cubrir servicios médicos.

Aunque tienen buenas intenciones, estas organizaciones tienen que pelear contra una variedad de obstáculos para satisfacer las necesidades médicas de sus miembros, incluyendo las compañías de medicamento y equipo médico, los altos costos administrativos inevitables en el sistema financiero de los servicios médicos en los EE. UU., y la complejidad de arreglar contratos con los hospitales y otros proveedores, los cuales tienen sus propias metas.

Esta creencia es una guía falsa. Todo el sistema de salud estadounidense cuesta demasiado porque la participación de las compañías de seguro médico con fines de lucro hace que se gasten por lo menos 400 billones de dólares cada año en administrar el sistema. Aunque es cierto que se usan de más los servicios médicos de vez en cuando, un problema más común y serio es que casi no se usan. Como millones de otras personas en el país, los que participan en Medicare reciben menos servicios médicos de lo necesario, no más.

Las recompensas y los castigos en el cuidado médico son una forma de “pagar por los resultados,” lo cual algunos describen como “la manipulación de la avaricia.” La mejor manera de ganar en este tipo de sistema es aprendiendo como sacarle provecho al sistema y las compañías de seguro médico aprenden rápidamente. No existe prueba que un sistema de recompensas y castigos mejore la calidad de los servicios médicos, ni tampoco que disminuya los costos. Sin embargo, sí existen varias pruebas que causan daño en lugar de eso.

Las compañías de seguro médico son un obstáculo insuperable para el mejoramiento del sistema de salud en los EE. UU, ya que sólo se enfocan en sus ganancias, no en los pacientes. La única manera con la cual se puede crear un sistema justo, eficiente y sustentable es con la implementación de un programa de seguro médico con un solo pagador.

Si quiere saber más sobre estos hechos y mitos o quiere ver la lista de referencias, por favor mande un correo electrónico a annescheetz@gmail.com.

Los sitios en la internet del grupo Physicians for a National Health Program (Doctores Abogando por un Programa Nacional de Seguro Médico) (pnhp.org) y la Illinois Single-Payer Coalition (La Coalición de Seguro Médico con un Solo Pagador del Estado de Illinois) (ilsinglepayer.org) también tienen más información sobre la cobertura universal de salud en los EE. UU. la cual la puede buscar por temas.