

Una aproximación a los procesos de privatización de los sistemas de salud a partir de los planes privados de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia

Avance de investigación en curso

GT 19: Salud y Seguridad Social. Transformaciones sociales e impactos en la población

Luzuriaga María José

Doctoranda del Instituto de Estudios en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Río de Janeiro

Resumen:

El trabajo se propone caracterizar los planes de salud comercializados por las empresas y aseguradoras en los países de Argentina, Brasil, Chile y Colombia así como dar cuenta de algunos modos de interacción de este mercado con los demás subsectores de los sistemas de salud. Para tal objetivo, se realiza un análisis de los impactos provocados por las reformas de los ochenta y noventa en los sistemas de salud haciendo énfasis en los procesos de privatización. Luego se caracterizan los seguros privados de salud de los países elegidos; su configuración actual y los principales problemas observados en relación al otorgamiento de las prestaciones de salud. Con ello, pretendemos contribuir al debate sobre los actuales procesos de privatización en nuestra región.

Palabras llaves: Políticas Públicas de salud; sistemas prepagos de salud; América Latina

1. Introducción

En América Latina el interés por la problemática ha sido creciente, principalmente a partir de los procesos de reforma de los sistemas de salud en los noventa (Bahia, 1999; Belmartino & Bloch, 1994; Belmartino, 1999; Iriart, Merhy & Waitzkin, 2000; Scheffer, 2006). Si bien en el caso de Brasil el estudio de las empresas privadas de salud fue objeto de investigación ya en los setenta y ochenta en trabajos destacados como los de Donnangelo (1975), Oliverira e Texeira (1978), Giffoni (1981) y Cordeiro (1984). Actualmente la cobertura del aseguramiento privado en la mayoría de los países de la región es baja, oscilando entre el 5% y el 25% de la población (Giovanella et al. 2012). Estos datos contrastan con los datos referidos a la cobertura de seguros privados observados en los países de la Organización para el Crecimiento y el Desarrollo Económico (OCDE) cuya población está cubierta en un 30% o más con dichos seguros (Kiil, 2012).

El trabajo se estructura en cuatro apartados. Primero se realiza un análisis comparativo de los sistemas de salud a partir de los impactos provocados por las reformas de los ochenta y los noventa haciendo énfasis en los procesos de privatización. Luego se describen los principales conceptos que caracterizan a los seguros privados de salud y las principales características relacionadas a la comercialización de los mismos. En tercer lugar se analizan las especificidades de los planes y seguros privados de salud de cada uno de los países seleccionados y los principales problemas observados. Por último se realiza un análisis de los actuales procesos de privatización incorporando algunos elementos del neoinstitucionalismo y de estudios comparativos sobre los Estados de Bienestar.

2. Los procesos de reforma en los Sistemas de Seguridad Social en relación a la salud

Varios autores destacan la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud de América Latina (Catterberg & Mercado, 2011; Giovanella, Feo, Faria & Tobar, 2012; Mesa-Lago, 2009). Al analizar las trayectorias de los mismos Mesa-Lago en su tipología de los sistemas de seguridad social

de América Latina ubica a Chile, Brasil y Argentina, entre otros, como sistemas pioneros; mientras que a Colombia lo coloca entre aquellos que fueron establecidos en la década del cuarenta bajo la influencia del informe Beveridge difundido en la región por la OIT (Mesa-Lago, 1978). En los denominados pioneros, la cobertura adquirió un carácter piramidal ya que la incorporación a la misma fue por categoría ocupacional con beneficios vinculados directamente a la contribución salarial, resultando beneficios privilegiados para aquellos en mejor lugar en el mercado de trabajo (Catterberg & Mercado, 2011; Giovanella et al. 2012; Fleury, 1997). Respecto al segundo grupo, existe menos homogeneidad que el anterior y entre las semejanzas se encuentra cierta unificación en los sistemas de seguridad social que evitaron por un tiempo la existencia de problemas financieros, administrativos y políticos que enfrentaron los sistemas del primer grupo. (Mesa-Lago, 1978).

Los procesos de reforma en el campo de la salud en América Latina se enmarcan en un escenario caracterizado por una fuerte crisis de los Estados nacionales a partir del avance de las políticas neoliberales fuertemente promovidas por los organismos multilaterales de crédito y los gobiernos de los países centrales en los noventa (Oszlak, Felder & Fiorito, 2000; Almeida, 2001; Fleury, 2003). Las propuestas dominantes que conducían las reformas de Estado en los noventa destacaban la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal, crear condiciones macroeconómicas sustentables, disminuir el tamaño del sector público y delegar las decisiones a las agencias independientes (Belmartino, 2005; Oszlak et al., 2000). También fue realizada una fuerte crítica a la oferta de servicios y beneficios prestados por el Estado, con especial énfasis en aquellos vinculados a la protección social (Almeida, 2001).

Se observa que dichos procesos fueron implementados de modo más acelerado y radical en los países de América Latina que en los países centrales (Fleury, 2003; Almeida, 2001). Fleury advierte un patrón común en dichos procesos caracterizado por “la tendencia expansionista entre los proveedores privados de servicios de salud y las compañías de seguros, que dependen principalmente de los incentivos otorgados por los gobiernos pero que no están sujetos a regulación por parte de éstos” (2003, p.3). En la misma línea Almeida enfatiza la coherencia entre el cambio del rol del Estado con el marco de la política económica dominante de los noventa y afirma que:

La redefinición del papel del Estado en el campo sanitario, en los marcos del énfasis en la regulación y en el enfoque selectivo, se inserta en una perspectiva de legitimación de la política económica restrictiva, o sea, es coherente con el cambio de la función distributiva del Estado (privilegiamiento del sector privado, de la diversidad, de la competencia de mercado)” (2001, p. 53).

Respecto a los diferentes procesos de reforma el caso de Colombia adquiere particular importancia porque fue considerado como “el laboratorio de la reforma” ya que en este país fue donde comenzó a implementarse tanto la reforma de Estado como la de salud más tempranamente que en otros países de la región y de un modo más acelerado (Almeida, 2001), con excepción de Chile cuya reforma se inició en los ochenta. Un documento de 1997 en el que se analiza la situación actual de los sistemas de salud en América Latina desarrolla una propuesta, denominada “Pluralismo estructurado” (Londoño & Frenk, 1997). La propuesta se basó en dar centralidad a dos funciones que históricamente han estado subsumidas en el sistema como la modulación y la articulación, y creando un nuevo tipo de organizaciones que denominaron como las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS) (Londoño & Frenk, 1997). Fleury destaca que la reforma colombiana se centró en:

(...) promover el acceso de toda la población a la atención de la salud centrada en la cobertura universal, a través de la expansión progresiva de la cobertura; la solidaridad, permitir que cada persona acceda a los servicios de salud independientemente de su ingreso y a cambio de un

aporte justo implementado a través del subsidio a la población de bajos ingresos por parte de aquellos que poseen ingresos relativamente altos (...), una tercer directriz fue la eficiencia y la calidad (2003, p. 28).

Por su parte, Almeida sostiene que pese a los deficientes resultados observados en el sistema de salud colombiano luego de la implementación del denominado “pluralismo estructurado”, los gestores de la propuesta promovieron y difundieron la misma hacia los demás países de la región con el apoyo de los principales organismos internacionales (2001).

Otro caso, que requiere ser destacado es el proceso de reforma en Chile. Fleury analiza el caso de la reforma chilena y destaca que la misma, iniciada a comienzos de los ochenta, se desarrolló en una situación macroeconómica muy difícil y bajo el control de un gobierno dictatorial (2003). Al inicio de la dictadura pinochetista, un grupo de médicos, apoyados por economistas neoliberales, presentaron al gobierno un plan que contenía cambios radicales en el sector salud (Labra 2001). Labra describe el proceso de privatización en el marco de la denominada modernización del Estado realizada en un periodo corto de tiempo, entre 1978-1981, posibilitada bajo el mando de Pinochet y los economistas neoliberales (2001). Friedman, uno de los referentes de la escuela de Chicago fue el principal asesor de la economía durante la dictadura pinochetista, la cual le permitió poner a prueba su ideario neoliberal, siendo Chile la “plataforma de lanzamiento de las políticas de ajuste tomadas en América Latina” (Rodríguez, 2002, p.33). En este contexto se implementó la privatización del sistema de seguridad social mediante la transferencia de fondos acumulados por el Seguro Social y cajas de empleados a Administradoras de Fondos de Pensiones lucrativas, basadas en el régimen de capitalización individual (Labra, 2001). Entre los principales cambios implementados, el principal de ellos es la disolución del vínculo histórico entre Previsión y Salud (Labra, 2001). El nuevo parámetro pasa a ser la productividad “en donde se le asigna prioridad a la protección de la porción de los trabajadores empleados en los sectores más dinámicos de la economía y por lo tanto capaces de adquirir un seguro privado de salud” (Fleury, 2003, p. 14). La reforma por lo tanto, como destacan varios autores (Cunill Grau, 2011; Fleury, 2003; Labra, 2001), dio lugar a un sistema dual que resultó en un sistema para pobres y uno para ricos.

El proceso de reforma ocurrido en Brasil se distingue de los anteriores. La misma se enmarca en un proyecto de reforma impulsado por el denominado “Movimiento por la Reforma Sanitaria” conformado por la militancia profesional, y por los movimientos sociales, involucrados en el proceso de democratización de la sociedad, y las mejoras de las condiciones de vida (Almeida, 2001). Según Arouca en la 8º Conferencia (citado por Paim, 2010) afirma que:

La Reforma sanitaria debe ser entendida como un proceso de transformación de la actual situación sanitaria. Se compone por una situación sanitaria por lo menos por cuatro dimensiones 1a.) La dimensión específica del proceso salud-enfermedad de las poblaciones, (...) 2a.) La producción institucional: como el campo de instituciones que actúan en el sector, (...) 3a.) La dimensión ideológica [...], 4a.) La dimensión histórica (Paim, 2010, p.157).

A su vez dicho proceso como describe Almeida se dio en paralelo con:

(...) un movimiento real de privatización del sistema de atención y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta”. Si bien los gobiernos (...) no lo promovieron en forma directa, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud totalmente desregulado (Almeida, 2001, p. 48).

En el caso de Argentina, el diagnóstico que fundamentó la reforma se centro en el alto nivel de desigualdad entre los beneficios y la ineficiencia del sector así como la falta de transparencia en la reasignación de recursos, entre los aspectos más relevantes (Belmartino, 1999). Según los formuladores de la reforma la obligatoriedad que existía por parte de los trabajadores para realizar un aporte a la obra social de su respectivo sindicato creaba una población cautiva y por lo tanto, no estimulaba la calidad y la cantidad de los servicios otorgados, siendo la solución a tal situación la libre elección de los beneficiarios a las entidades ya que estimularía a mejorar la calidad de las prestaciones y eliminaría la ineficiencia e inequidad del sistema (Belmartino, 1999). La principal medida de la reforma fue el decreto 9/93, a partir del cual cada trabajador podía utilizar su aporte de la seguridad social como medio para acceder a una cobertura privada de salud, permitiendo el ingreso de los afiliados al mercado de seguros privados, a través de la intermediación de las obras sociales. Dependiendo del nivel de ingresos/contribución los beneficiarios podían tener que complementar con un monto de dinero adicional para adquirir el plan de salud de la empresa de medicina prepaga (EMP) conveniada (Fidalgo, 2008). Entre las consecuencias que repercutieron sobre los trabajadores a partir del proceso mencionado Cetrángolo & Devoto señalan el problema de la migración, profundizando la fragmentación ya existente previa a los noventa como la ruptura de la solidaridad que aún existía antes de dicho proceso (2002).

Antes de introducirnos en las especificidades de los planes privados de salud, resulta interesante el análisis de Mesa-Lago (2009) sobre los efectos reformas en los sistema de seguridad social. El autor destaca que la cobertura regional de la población por el seguro social de salud, antes de la reforma aumentó de 43% a 52%, de 1980 a 1990, mientras que disminuyó a 37,6% de 2004 a 2007. A su vez, también advierte que hubo una disminución en el acceso al sector público y en la cobertura al seguro social, mientras que se destaca un aumento en el aseguramiento privado (Mesa-Lago 2009). Sin embargo, es preciso considerar las especificidades de cada país ya que la tendencia descripta no puede asumirse para todos los países de la región.

3. Conceptualizaciones de los planes y seguros privados de salud

Bahia (1999) postula la importancia de superar la clasificación dicotómica entre seguros privados y sociales a partir de características aisladas que los dicotomizan:

Las instituciones privadas estarían subordinadas a las disposiciones del mercado y las públicas a las disposiciones del Estado. Sin embargo existen aspectos colectivos y compulsorios en las operaciones de los planes privados que no estarían siendo evidenciados desde una clasificación dicotómica (1999, p. 67).

La OCDE define al seguro privado de salud como:

(...) una forma de distribuir el riesgo financiero asociado a la variación de los gastos de atención de salud de la persona, reuniendo en un fondo común los costos en el tiempo (prepagos) y entre las personas. (...) En esencia, un seguro de salud privado implica la cobertura de un conjunto de servicios de salud financiados a través de pagos privados en forma de una prima a un asegurador definido. El asegurador, una entidad no gubernamental, asume gran parte o todo el riesgo de pagar por esos servicios (Word Bank [WB], p.3, 2012).

Cabe incorporar en este punto ciertos elementos que definen un seguro. De acuerdo a Bahia, “un seguro es un contrato que implica el pago de una cuota a cambio del cual el asegurador es obligado a una compensación por determinados riesgos (robo, incendio)” (1999, p.68). La autora también

destaca la definición de una de las primeras empresas dedicadas a esta rama de actividad, MAPFRE, “Para que un riesgo sea asegurable es necesario que sea cuantificable, mensurable y absolutamente accidental” (p.91). En esta definición se observa la dificultad de adaptar esta tecnología a la salud, y en ese sentido advierte que: “El seguro de salud representa una adaptación del proceso de selección de riesgos indemnizables financieramente (...) la reparación de las pérdidas de salud se hace a través de la prestación de servicios médicos financiados por las aseguradoras y empresas médicas” (p. 91).

Una tipología posible de los seguros privados se realiza en función del grado de interacción con los sistemas universales de salud, y en ese sentido pueden ser clasificados como complementarios, suplementarios o duplicados. Seguros privados de salud voluntarios complementarios o suplementarios son aquellos que cubren pagos de bolsillo para servicios de cuidado de la salud que son sólo parcialmente financiados por o excluidos del sistema universal de salud; y los seguros privados duplicados son aquellos que proveen acceso preferencial a tratamientos que son también de libre acceso dentro del sistema universal de salud (Kill, 2012).

Uthoff, Sánchez & Campusano realizan un estudio en el que se preguntan los motivos por los cuales el mercado de los seguros de salud genera incentivos fuertes no solo para la eficiencia sino también para la selección del riesgo, la segmentación y la selección (2012). Observan que al contrario de lo que la literatura que destaca la capacidad de los seguros privados de salud para aliviar el financiamiento de los sistemas públicos de salud, se encuentran diversos mecanismos de selección de riesgos - clasificación de riesgos, segmentación de riesgo y selección de riesgo- que van contra los marcos normativos de solidaridad promovidos por los sistemas de protección social (2012). Esto lo explican a partir de la propia racionalidad del mercado:

El problema es que la competencia del mercado tiende a buscar equivalencia entre la cuota y los costos que se espera generar en cada contrato. Por lo tanto, ellos son pobremente capaces de generar “solidaridad” a través de la compensación de las pérdidas probables derivadas de los contratos individuales de alto riesgo en los cuales las ganancias supuestas deben fluir de los contratos individuales de bajo riesgo, precisamente porque la competición minimiza ganancias previsibles (Uthoff et al, 2012,p. 142).

En cuanto a los problemas predominantes en los planes y seguros de salud, la literatura identifica la selección adversa, el riesgo moral y la asimetría de la información (Bahia, 1999; Bahía & Scheffer, 2010; Belmartino, 2005; Fidalgo, 2008; Kiil, 2012; Marmor, 2012; Uthoff et al., 2012; WB, 2012). A su vez, un elemento de central importancia se refiere a la relación asimétrica que se establece entre el afiliado y la empresa en el establecimiento unilateral de las condiciones de la relación contractual por parte de la empresa (Fidalgo, 2008).

Desde el enfoque del Derecho, Frustagli en su análisis sobre la ley de EMP en Argentina destaca la tensión entre los derechos patrimoniales y el derecho a la salud en este tipo de contratos y destaca la necesidad de superar el enfoque centrado solo en una perspectiva económica para el tratamiento de los mismos. A su vez destaca que “la jurisprudencia nacional muestra la afirmación de una pauta directriz que atribuye primacía a los derechos a la vida y a la salud cuando colisionan con los derechos patrimoniales emergentes del contrato de medicina prepaga” (2011, p.7).

Desde la perspectiva de la equidad Kill (2012) evalúa, a partir de un estudio de revisión sistemática sobre los seguros privados de salud en sistemas de salud universales, en qué medida este tipo de seguros contribuyen a un sistema equitativo entendiendo por el mismo “aquel donde los individuos contribuyen de acuerdo a su capacidad y utilizan al mismo de acuerdo a sus necesidades de salud” (2012, p.73). Desde este enfoque se considera problemático si existen individuos con cobertura que cuentan con mejor acceso al sistema y usen más las prestaciones que el resto de la población, asumiendo una conexión positiva entre uso de servicios y prestación (2012). Afirma que los seguros

pueden generar inequidad horizontal en la medida que individuos iguales no son tratados de manera igualitaria, puesto que “individuos con la misma necesidad de salud sean tratados de forma diferenciada en su acceso a tratamientos dependiendo del estatus del seguro” (2012, p.73).

Scheffer & Bahia identifican entre los efectos en los sistemas de salud provocados por la existencia de seguros de salud la inequidad en el acceso, la desarticulación de los establecimientos y los profesionales de salud entre sí, como también la desarticulación ente las necesidades y las demandas de la población y la elevación de los costos de los procedimientos y gastos de salud (2008). A continuación se describen las principales características de las empresas que comercializan planes y seguros privados de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

4. Caracterización de los planes y seguros privados de salud en los países seleccionados

Se observa que tanto en Argentina, Brasil, Chile como en Colombia las entidades que comercializan planes y seguros privados de salud cuentan con leyes específicas y también se definen con mayor o menor especificidad en la legislación de cada uno de los países los tipos de planes a ser comercializados y el tipo de cobertura de los mismos (Ver Anexo).

4.1. Características del sector en los países seleccionados

Se advierte la dificultad de contar con información de calidad tanto sobre la población cubierta por las EMP como sobre las mismas (Belmartino, 2010 Fidalgo 2008; Cetrangolo & Devoto, 2002). La población cubierta por seguros privados de acuerdo al CENSO de 2010 se estima en 6.222.543 millones de personas (15% de la población censada), de las cuales el 67% serían afiliados indirectos, es decir, que acceden a la cobertura de una EMP a través de una obra social (2010). En cuanto a la magnitud del sector, se estiman entre 200 y 250 EMP de las cuales cinco de las mismas concentran el 50%, entre las que se encuentran OSDE, Swiss Medical, Galeno, OMINT y Medicus (Giedion et al., 2010; Giovanella et al. , 2012; Repetto & Potenza del Mazeto, 2011).

El total de planes comercializados en Brasil de acuerdo a los datos de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) es de 47.943.091, representando aproximadamente al 25% de la población brasilera (2013). Una de las características del sector es la alta concentración de usuarios en pocas empresas. Una quinta parte de los usuarios se concentra en las seis mayores empresas; la mitad de los usuarios en 38 operadoras y el 10% de la población de planes de salud en más de 750 planes (Bahía & Scheffer, 2010). Existe un número extenso de pequeñas empresas de planes medico-hospitalarios: 70% de los planes cuentan con menos de 10.000 clientes. El número de operadoras con menos de 2.000 usuarios es de 45%. En cuanto a la distribución geográfica, la región de Sudeste concentra el 65%. Entre los motivos se encuentra el alto poder adquisitivo, y el hecho de que en dicha región encuentran las industrias y empresas más grandes del país (Bahía & Scheffer 2010).

De acuerdo a los datos de la Superintendencia de de Salud, en Chile existen 13 Instituciones de Salud Previsional (Isapres) en operación, de las cuales siete son Isapres abiertas y seis cerradas. Las denominadas abiertas son aquellas que comercializan planes orientados a los trabajadores de las empresas y en las mismas no se definen a priori restricciones para la incorporación de beneficiarios; y las cerradas, se vinculan por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas teniendo como beneficiarios a los trabajadores de dichas empresas y los familiares de los mismos (Giedion et al., 2010). Las Isapres otorgan cobertura a 2.925.973 de personas, equivalente al 18% de la población. Se observa una fuerte concentración en el sector, en la cual cinco de las Isapres abiertas administran el 89% del total de los planes de beneficiarios (Superintendencia de Salud, 2013).

En Colombia el aseguramiento individual se presta principalmente a través de dos regímenes: El régimen contributivo y el régimen subsidiado, en donde el contributivo cubre a los trabajadores y sus

familias con capacidad de pago y es financiando con los aportes de las empresas y los trabajadores; y el subsidiado cubre a la población con menos recursos sin capacidad de pago y es financiado por una contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía y aportes del gobierno a través de los impuestos (Giovanella et al., 2012). En 2010 el Sistema General de Seguridad Social de Salud contaba con sesenta y siete entidades, de las cuales veinticuatro operaban en el régimen contributivo y cuarenta y nueve en el régimen subsidiado; de las cuales seis participan en los dos regímenes (Giovanella et al., 2012). Cuatro EPS del régimen contributivo concentran el 56,8% del total de afiliados de dicho régimen sobre un total de veintiuna EPS vigentes. En 2013 el total de afiliados del régimen contributivo es de 19.394.524. (Superintendencia Nacional de Salud, 2013). Para 2011, la cobertura alcanzó más del 95% de la población – más de 44 millones de personas- en donde el régimen subsidiado cubría un 50% del total de la población cubierta (Giovanella et al., 2012).

4.2. Principales problemas denunciados por los afiliados a los planes privados de salud en los países seleccionados

En Argentina según un estudio realizado en 2012 sobre las denuncias de los afiliados a las EMP presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación en el periodo 2000-2008 se observó que los motivos más denunciados ante la Dirección de Defensa del Consumidor fueron “la falta o incompleta cobertura de prestación” con un 56% y “el aumento de cuota” con un 20%. Dentro de aquellas denuncias referidas a la primera categoría mencionada, en su mayoría se referían a medicamentos (26,9%), tratamientos (24,7%) y operaciones (20,4%). En el caso de los reclamos presentados ante el Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo fueron “el incumplimiento de contrato” (35 %) y “la falta o incompleta cobertura de prestación” con un 27% (Luzuriaga, 2012).

En Brasil, Conte, Bahía & Barroso a partir de un estudio sobre las acciones con pedido de tutela anticipada juzgada en los Tribunales de Justicia de Río de Janeiro y de San Pablo advierten el creciente aumento de reclamos ante la Justicia por parte de los consumidores ante las restricciones de cobertura, aumentos abusivos, rescisiones unilaterales de contrato, entre otros (2009). Por su parte Scheffer (2006) al analizar los resultados de las negaciones de cobertura de los planes y seguros de salud a partir de las tutelas judiciales iniciadas por los afiliados en San Pablo entre 1999 y 2004 advierte que en relación a las principales negativas de cobertura de salud denunciadas “es preocupante ya que se relacionan con los problemas de salud y enfermedad responsables por los mayores índices de enfermedad y muerte de la población” (2006 p.138). Así mismo el perfil de coberturas negadas se relacionó con aquellas situaciones clínicas en las cuales la demora en la asistencia o el diagnóstico resultaba determinante (2006).

Respecto a Colombia, un estudio de 2009 (Yamin & Parra Vera) muestra el crecimiento de la judicialización que ha ocurrido tanto en el sistema público como privado vinculado a la negativa de cobertura por parte de las empresas. En ese sentido, a partir de la gravedad de la situación la Corte decidió realizar el dictado de la tutela T-760/2008. De acuerdo a los autores:

El Tribunal afirmó que este enfoque estructural era necesario porque los órganos de gobierno responsable de la regulación del sistema de salud no han adoptado decisiones que garanticen el derecho a la salud sin tener que recurrir a través de la acción de tutela (...). De hecho 20 de los 22 casos se refieren a los principios que la Corte ha establecido reiteradamente, pero que los proveedores de salud y las compañías de seguros siguen sin asimilar (p.3-4).

Otro estudio de 2011 en el mismo país analiza las tutelas judiciales y entre los resultados se destaca el creciente aumento de las tutelas referidas a salud. A su vez de acuerdo a cifras de 2010, el estudio encontró que en la mayoría de los casos los denunciantes solicitaron prestaciones de tratamientos que en su mayoría se encontraban incluidos en el POS (paquete obligatorio de

prestaciones de salud del régimen contributivo), identificándose entre los principales prestaciones el suministro de medicamentos y la realización de cirugías (Rodríguez Garavito, 2011).

En relación a los problemas denunciados por los afiliados de las Isapres, en 2013 un informe de la Superintendencia de Servicios de Salud de Chile mostró el alto nivel de reclamos de los usuarios de los seguros privados de salud denominados ISAPRES. Entre los principales motivos de reclamo se encuentran “alza de precio base”, “atención de urgencia” y “negativa de cobertura por preexistencia” (2013). A su vez un trabajo realizado por Zamora Vergara destaca los diversos problemas que se identifican en relación a las Isapres:

las Isapres son una entidad muy cuestionada por la ciudadanía. (...) los que concentran la mayor cantidad de reclamos realizados - ya sea ante la Superintendencia de Salud, ya sea ante las Cortes de Apelaciones -, se encuentran las constantes alzas a los precios de los planes de salud, y las discriminaciones por sexo, por riesgo o por pre-existencias que ejercen las Isapres en relación a sus afiliados, al momento de realizar la adecuación anual de los contratos, o de permitir la movilidad dentro de ellas o para salir de dichas instituciones” (p.8, 2012).

5. Consideraciones finales

Como se observó, diferentes estudios evidencian las recurrencias de los problemas denunciados por los afiliados de los seguros privados de salud destacándose un perfil de reclamos similar en los países bajo estudio. Entre los que se encuentran los aumentos de cuotas, las negativas de cobertura de prestaciones y los cambios unilaterales de las condiciones del contrato (Costa et al, 2009; Luzuriaga, 2012; Rodríguez Garavito 2011; Scheffer, 2006; Yamin & Parra Vera, 2009; Zamora Vergara, 2012). También se destaca en los estudios analizados las recurrencias por parte de las empresas de seguros privados de salud al incumplimiento de la normativa vigente así como también las debilidades de la regulación estatal, que se evidencia en la creciente judicialización (Abramovich, 2008; Conte et al. 2009; Frustagli, 2011; Luzuriaga, 2012; Rodríguez Garavito 2011, Scheffer, 2006; Yamin & Parra Vera, 2009; Zamora Vergara, 2012).

Resulta central avanzar en el estudio de las condiciones que hicieron posible el proceso de profundización de la fragmentación y fractura de solidaridad de los sistemas de seguridad social en los países estudiados a partir de la expansión de los seguros privados de salud. En este sentido, es esclarecedora la tesis postulada por Esping-Andersen acerca de las resistencias a las reformas de los ochenta y noventa en los países de Europa central “Las políticas establecidas desde mucho tiempo se institucionalizan y crean grupos interesados en su perduración. Así sistemas de seguridad social no se prestan fácilmente a reformas radicales, y cuando estas se realizan, tienden a ser negociadas y consensuadas (1994, p.104). Giaimo en la misma línea desde un análisis basado en el neoinstitucionalismo histórico estudió los procesos de reforma de los sistemas de salud de Inglaterra, Alemania y EUA centrandose su análisis de los actores involucrados en los procesos de toma de decisiones de las reformas de los sistemas de salud así como las trayectorias histórico-institucionales de cada uno de los sistemas (2001). La autora otorga un peso central al carácter universal y estatuido de los sistemas de salud para entender cómo fue posible que los sistemas de salud de Inglaterra y Alemania no fuesen desarticulados durante las políticas de contención de costos. Las contribuciones de los autores citados nos permiten pensar los procesos de privatización en nuestra región que, como se ha descrito no han desencadenado ni construido resistencias suficientes que los limitaran.

Las posibilidades para alcanzar mejores resultados en términos de equidad, cobertura y universalidad de acceso así como mejores niveles de eficacia y eficiencia, es una tarea que tiene que ser un compromiso y una lucha de la sociedad que necesita expresarse en una nueva institucionalidad. Sin duda, el rol del Estado y de sus instituciones es central para limitar y regular la capacidad de acción de las empresas en el sistema; limitando la capacidad de obtener altos niveles de lucro a expensas de

limitar el derecho de acceso a los servicios de salud y asegurando las prestaciones de acuerdo a las necesidades de los pacientes y no de acuerdo a la capacidad de pago. Por último, evitar las diversas inequidades provocadas en los sistemas de salud requiere de la decisión y el compromiso político para garantizar un sistema público de salud en el cual todos los ciudadanos elijan ser atendidos.

Bibliografía:

- Abramovich, V. & Pautassi L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 4(3), 261-82.
- Almeida, C. (2001). Reforma del Estado y reforma del sistema de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 79 (1), 27-78.
- Bahia, L & Scheffer, M. (2010). *Planos e seguros de saúde. O que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: Editora UNESP.
- Bahia, L. (1999). Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Río de Janeiro, Brasil.
- Belmartino, S. & Bloch, C. (1994). El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires, *Oficina Panamericana de la Salud*, 5-29.
- Belmartino, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la argentina ¿Quién será el árbitro?* (1ra ed). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Belmartino, S. (2005) Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), 151-171.
- Catterberg, G. & Mercado, R. (2011) *El sistema de salud argentino y su trayectoria a largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD].
- Cetrángolo, O. & Devoto F. (2002) Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. En Congress of Regional Consultation on Policy tools: Equity in population health, Toronto, Canadá.
- Conte, A. D., Bahia, L. & Barroso, A.F. (2009). O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 25, 279-90.
- Cordeiro H. (1984). *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Río de Janeiro: Edições Graal.
- Cunill Grau, N. & Fernandez MM (2011). ¿Cómo los aspectos institucionales y organizativos inciden sobre la equidad? El caso de la política con enfoque de derechos de la salud en Chile. *Rev. de Ciencias Sociales*, 17, 195-213.

- Donnangelo, M.C. F. (1975) *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Fidalgo M. (2008). *Adiós el Derecho a la Salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Fleury, S.(2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de la atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En C. G. Molina & Núñez del Arco (Eds.), *Servicios de Salud en América Latina y Asia* (pp.3-37). Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Frustagli, S.A. (2011). *La protección del paciente ante las medicinas prepagas*. Trabajos del Centro Segunda Serie 9/10. Recuperado 11 de diciembre de 2011 del sitio Web del Centro de Investigaciones de Derecho Civil. Facultad de derecho de la Universidad Nacional de Rosario: <http://revista.cideci.org/index.php/trabajos/article/viewFile/110/149>.
- Gaiimo, S. (2001) Who Pays for Health Care Reform. En P. Pierson (Ed.), *The New Politics of Welfare State* (pp. 334-367), New York: Oxford University Press.
- Giedion, U, Villar, M, Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Giffoni, R.M. (1981). *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convenio com a Previdência Social*. Tese de maestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Pablo.
- Giovanella, L., Feo O., Faria M. & Tobar S. (2012). *Sistemas de salud en América Latina, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Sud-americano de Governo em Saúde, Río de Janeiro, Brasil.
- Instituciones de Salud Previsional [Isapres]. (201). Recuperado 10 de junio de 2013 de: <http://isapre.cl/Estadisticas.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010*, Buenos Aires, 2010.
- Iriart, C, Merhy, E. & Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública*, 16, (1), 95-105.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciênc saúde coletiva*,13(5), 1619-1626.
- Kiil, A. (2012) What characterises the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. *Health Policy*, 106, 60-75.
- Labra, M.E. (2001) Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2),361-376.Ley N° 26.682, Ley que Instituye el marco regulatorio de

medicina prepaga. Boletín Oficial de la República Argentina 2011, Buenos Aires, Argentina, el 17 de Mayo de 2011.

- Luzuriaga, M.J. (2012). Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía: Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 2000-2008. Tesis de Maestría. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Prov. de Buenos Aires, Argentina.
- Marmor, T. (2012). Claus Wendt Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*, 107, 11-20. Recuperado 15 de junio de 2013 de: www.elsevier.com/locate/heatlhpol
- Oliveira, J.A. & Texeira S.M.F. (1979). *Medicina de grupo: a medicina e a fábrica*. Em Guimarães R. (Ed). Río de Janeiro: Graal. Saúde e Medicina no Brasil.
- Oszlak, O., Felder, R. & Forcinito, K. (2000) La capacidad regulatoria del Estado en Argentina. Documento del área de Investigación de privatización y regulación de servicios Públicos de la Maestría en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Repetto, F. & Potenza del Mazeto F. La Protección social en Argentina. *CEPAL/División Políticas Sociales, Serie Políticas Sociales, 174*, Santiago de Chile.
- Rodríguez Garavito, C. (2011). La Judicialización de la Salud. Síntomas, diagnósticos y prescripciones. En O. Bernal & C. Gutiérrez (Eds.), *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. (pp. 507-560) Bogotá: Universidad de los Andes.
- Rodríguez, O. (2002). *Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: Salud, Pensiones y Riesgos profesionales*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia/Ministerio de Salud de la República de Colombia.
- Santos, Fausto Pereira dos, Malta, D. C. & Merhy, E. E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1463-1475. Recuperado el 8 de junio de 2013 de :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500012&lng=en&lng=pt. 10.1590/S1413-81232008000500012.
- Scheffer, M. (2006). Os Planos de saúde nos tribunais: Uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Silva Paim J. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador-Río de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Superintendencia de Salud de Colombia [SuperSalud].(2013). Recuperado 12 de junio de 2013 de: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=825>

- Superintendencia de Salud de la República de Chile. (2013). *Balance de reclamos 2012*. Recuperado el 20 de mayo de 2013 del sitio Web de la Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-8103_ppt_1.pdf.
- Uthoff, A., Sanchez J.M. & Campusano R. (2012). The health insurance market: Lessons on the conflict between equivalence and solidarity. Santiago de Chile: CEPAL Review 108. Recuperado el 20 de junio de 2013 de : <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/48622/RVE108Uthoffetal.pdf>.
- World Bank. [WB]. (2012). Private Voluntary Health Insurance: Consumer Protection and Prudential Regulation. Washington, DC: Autor. Recuperado el 10 de mayo de 2013 de: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13093>.
- Yamin, A. E & Parra Vera, O. (2009). How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Med* 6. Recueprado el 20 de marzo de 2012 del sitio Web:<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000032>.
- Zamora Vergara, R.A. (2012). Las Isapres en Chile, su institucionalidad jurídica y el derecho a la protección de la salud: aplicación y eficacia. Memoria para la Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.

ANEXO

Definiciones sobre las entidades que comercializan seguros y planes privados de salud

Argentina

En Argentina, las EMP tienen un marco regulatorio propio a partir del año 2011. De acuerdo a la ley sancionada en 2011:

(...) se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa” (Ley 26.682. art. 2).

Brasil

En Brasil se encuentra una definición de las entidades que comercializan planes y seguros de salud en la Ley 9656/98 que dispone sobre los planes y seguros privados de asistencia de salud, en el artículo 1:

(...) personas jurídicas de derecho privado que operan planes de asistencia de salud, (...) adoptándose para fines de la aplicación de las normas aquí establecidas, las siguientes definiciones; I-Plan privado de asistencia de salud: prestación continuada de servicios o

cobertura de los costos asistenciales previa o posteriormente establecidos por tiempo indefinido, con el fin de garantizar, sin límite financiero, la asistencia a la salud, el derecho de acceso y asistencia de los profesionales o servicios de salud, libremente elegidos, miembros o no de la red acreditada, contratados o referenciados, dirigidos a la asistencia médica, hospitalaria u odontológica, a pagar en forma integral o parcialmente por la operadora contratada, mediante el reembolso o pago directo al proveedor, por cuenta y orden del consumidor; II- Operadora de plan de asistencia de salud: persona jurídica constituida en la modalidad de sociedad civil o comercial, cooperativa o de autogestión, de opere el producto, servicio o contrato mencionado en el párrafo I del presente artículo (Medida Provisoria n°2.177-44, de 2001).

Chile

En cuanto a las entidades que comercializan planes privados de salud en Chile, Gideon et al. (2010) proporcionan la siguiente definición:

Las Isapres son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de aquellos trabajadores que han optado por el sistema privado de aseguramiento en vez del sistema público (FONASA). Las Isapres operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales y en los cuales el beneficio de los mismos depende de la capacidad de pago” (p.96).

Las mismas tienen como objetivo dar prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados ya sea en sus propias unidades de atención o en otras unidades pertenecientes a terceros (2010). Zamora Vergara (2012) advierte que no existe en ningún texto legal que las regule algún concepto de ellas y por eso motivo para realizar una definición de las mismas el autor toma los elementos que contemplan los artículos 171 y siguientes del Libro III del Decreto Legislativo con Fuerza de Ley N° 1:

(...) las Isapres son personas jurídicas de derecho público o privado, con o sin fines de lucro, y que tiene por objetivo exclusivo el financiamiento de prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso pueden implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores, y que para su nacimiento requieren registrarse en la Superintendencia de Salud, ente que las fiscaliza” (2012, p. 20-21).

Colombia

En relación a las organizaciones que comercializan seguros de salud en Colombia, de acuerdo al estudio de Gideon et al. (2010) las mismas, “pueden clasificarse según el régimen en el que operan, el tipo de entidad (con o sin ánimo de lucro) y el tipo de producto que ofrecen” (p. 119). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las entidades con mayor presencia en el sector. La Ley 100 de 1993 las define de la siguiente forma:

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno; (...) k) Las entidades

promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos; (Ley 100, p.62)

Alcance de la cobertura y principales aspectos de la regulación

En todos los países seleccionados se encuentra legislación específica que regula el sector además de encontrarse también sujeto a las Normas generales del Derecho y la Contratación como del sistema normativo de defensa del consumidor de cada uno de los países, ya que se trata de entidades que establecen contratos con sus afiliados para la comercialización de sus planes.

Argentina

En cuanto a los tipos de planes comercializados, los mismos han sido definidos a partir de la Resolución N°54 y 60/00 de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor con el objetivo de fiscalizar la cuotas definidas por las empresas. Existen 4 planes: Plan A; Plan A bis; Plan B; y Plan C. La primer diferencia se refiere a aquellos que son cerrados y los abiertos, en la cual los cerrados – Plan A, Plan A bis y Plan B- solo ofrecen las prestaciones que se encuentran en la cartilla de prestadores establecida por la aseguradora; y los abiertos –Plan C, son aquellos que permiten al beneficiario el reintegro por prestaciones que no se encuentran preestablecidas en la cartilla. También existen planes “mixtos”. Otras diferencias que existen en los mismos se encuentran en aquellos que tienen copagos en las prestaciones y los que no; a los descuentos en medicamentos; entre los aspectos más relevantes (Fidalgo, 2008).

En 1996 a partir de la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96 entra en vigencia el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho Programa fue en un primer momento el régimen de asistencia obligatoria sólo para las obras sociales comprendidas en las ley 23.660. En el año 1997 se extendió la obligatoriedad del cumplimiento del PMO a las empresas de medicina prepaga a través de la Ley N° 24.754 Allí se establece una serie de prestaciones básicas que son de cumplimiento obligatorio para las empresas. También se define que no se podrán establecer períodos de carencia ni coseguros o copagos, fuera de lo expresamente indicado en el PMO.

En el 2002 se declara en el país la emergencia sanitaria con el Decreto N° 486/02 a partir de la situación política, económica y social existente. Dicha situación lleva a reformular el PMO y se elabora el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) establecido en la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación. De esta manera se lleva adelante un proceso de restricción de las prestaciones mínimas de cumplimiento obligatorio para los agentes de seguro de salud y para las empresas de medicina prepaga que se elaboró con carácter transitorio. Sin embargo es el que se encuentra vigente a la fecha. Entre los programas incluidos en el PMOE se encuentran el Plan Materno Infantil, la Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, los Programas de prevención de cánceres femeninos, Odontología preventiva y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Repetto & Potenza del Mazeto, 2011). Dentro de la atención secundaria están incluidos las consultas médicas de especialidades reconocidas oficialmente; las prácticas de diagnóstico; los tratamientos de rehabilitación; otras prácticas ambulatorias (hemodiálisis, cuidados paliativos, etc.); las prótesis y ortesis; internación (100% de cobertura); salud mental; los traslados; los medicamentos (cobertura que varía entre el 40 y 100%), y las prestaciones de alto costo y baja incidencia (Repetto & Potenza del Mazeto, 2011, p.27).

Consideramos necesario mencionar que en el 2012 ha entrado en vigencia la Ley 26.682 que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga. En cuanto a la Ley sancionada, un informe reciente de PNUD destaca los siguientes aspectos respecto a la nueva Ley: la obligatoriedad de cubrir

planes de cobertura médico-asistencial, el PMO y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad; la prohibición a incluir periodos de carencia en los contratos con el afiliado para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el PMO; la posibilidad para los afiliados de rescindir el contrato en cualquier momento sin límite ni penalidad alguna; la autorización por parte del Ministerio de Salud de los contratos; la imposibilidad de aumentar la cuota a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad; y el impedimento para rechazar a personas por causa de la edad o por enfermedades preexistentes. (Catterberg & Mercado, 2011).

Brasil

El contrato es individual cuando es firmado entre un individuo y una empresa, para el propio titular, para un familiar o para el titular y sus dependientes salario (Bahía & Scheffer, 2010). Los planes colectivos son contratos firmados por personas jurídicas y son destinados a grupos cerrados de personas o pueden ser empresariales, en los cuales la adhesión del beneficiarios (empleado) es automática y la cuota es cubierta por el empleador o en algunos casos, el empleado paga una parte que le es descontado de su salario (Bahía & Scheffer, 2010). Este segundo tipo de planes no son regulados por el Gobierno.

La legislación definió una cobertura obligatoria –plan de referencia para los planes nuevos a partir de 1998 que comprende asistencia médico hospitalaria para todos los procedimientos clínicos, cirugías, atención de urgencia y emergencia; y también posibilitó la oferta de planes segmentados generando segmentos específicos: ambulatorio, hospitalario y la modalidad con obstetricia, entre los principales. Las empresas pueden ofrecer combinaciones de los mismos así como comercializar planes superadores a los de referencia (Bahía & Scheffer, 2010). Por último es importante observar otra diferencia entre los mismos en función la cobertura geográfica ya que los mismos pueden tener cobertura municipal, en un conjunto de municipios, estatal, conjunto de estados, a nivel nacional y con cobertura internacional (Bahía & Scheffer, 2010).

De acuerdo a Pereira dos Santos, Carvalho Malta & Merhy (2008), la Ley 9656/98 implicó: “una nueva comprensión, incluyendo la obligatoriedad de la atención a todas las enfermedades de la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y la difusión de un rol mínimo de procedimientos” (2008, p.1470). De esta forma la actividad de las empresas deja de estar ajustada sólo al cumplimiento del contrato y pasan a estar obligadas a la atención de las actividades incluidas en el rol de cobertura integral (2008). Desde otra perspectiva, Bahía y Scheffer consideran que el resultado obtenido de la regulación del sector fue el de una legislación confusa que estimuló la judicialización de ambas partes, ya que si bien la ley amplió coberturas para todos los problemas de salud, “por las presiones de las empresas de planos y seguros de salud y de los sectores de esas área de la economía atenuaron y hasta distorsionaron las intenciones de definir barreras claras a la negación de la atención (2008, p. 537).

Entre los principales temas regulados por la Ley 9656/98 se destacan: la prohibición a la negación de cobertura por estado de salud y a personas mayores de 60 años con más de 10 años en un plan; mantenimiento de cobertura para jubilados y pensionados en los planes empresariales; cobertura de todas las enfermedades incluidas en el CIE- 10, la realización de trasplantes y la atención de problemas mentales; prohibición de la exclusión de coberturas por enfermedades preexistentes después de 24 meses de carencia; límites para la utilización de servicios de salud, prohibición de negación de coberturas en razón de cantidad y del valor máximo de procedimientos, de internación, entre otros. Los autores destacan que “la legislación restringe las coberturas de determinados procedimientos de alto costo y posibilita la preservación de limitaciones vigentes en contratos antiguos” (2008, p.529). Otro aspecto central se refiere al resarcimiento al SUS por parte de las empresas de planos y seguros de salud cuando los afiliados a las mismas se atienden en los servicios del SUS.

Chile

En términos generales, el financiamiento de las Isapres cerradas contempla no sólo la cotización de los trabajadores, que es de 7%, sino también aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices y a su vez si el trabajador quiere obtener beneficios adicionales puede adquirir los mismos con un pago sobre su aporte obligatorio (Giedion et al., 2010). Zamora Vergara destaca que “la forma de vincular a las Isapres y a las personas o afiliados es el contrato de salud, mediante el cual se pacta libremente el precio del plan, los integrantes del mismo, la cobertura y los beneficios que aportará.” (2012, p. 26). En ese sentido resulta importante destacar el análisis de Uthoff, Sánchez y Campusano sobre el carácter segmentado al interior de las Isapres por causa de la falta de regulación:

(...) en ausencia de regulación, los planes son creados de acuerdo a las características de cada beneficiario, fundamentado en el hecho de que hay una separación equilibrada entre la identidad de los individuos según el perfil de riesgo y la capacidad de pago. Hoy existen 51.171 planes de salud diferentes (Superintendencia de Salud, 2011) con un promedio de 55 beneficiarios en cada uno de los planes, resultando muy difícil una comparación de los planes en la medida que no tienen parámetros comunes. En términos de selección de riesgo, se estima que más de 30 patologías preexistentes son consideradas en los planes, mientras que el FONASA no adhiere a dicho criterio (2012, p.150).

Los planes pueden clasificarse según el alcance de su cobertura en planes con cobertura general; planes con cobertura reducida de parto; y planes reducidos a honorarios médicos. Las compañías de seguros y los proveedores privados como las clínicas y sanatorios también comercializan planes y la mayoría de ellos complementan las prestaciones tanto de las Isapres como del FONASA (Giedion et al., 2010). Los mismos pueden ser seguros catastróficos, para complementar aquellos gastos que el seguro público o privado no cubre, la cobertura para una enfermedad específica, gastos para atención dental, cobertura de medicamentos, cobertura para el extranjero, entre otros (Giedion et al., 2010).

Colombia

El aseguramiento en El SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios que es un conjunto de garantías explícitas para la población: y para su acceso y la garantía de su prestación cada afiliado paga un valor per capita a cada EPS (Ley 100 de 1993). Existe un plan para cada régimen. Plan Del régimen contributivo:

(...) se planteó como un plan integral de las familias para la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad De uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (Giovannella et al., 2012, p. 364).

Mientras que el Plan del régimen subsidiado se diseñó como un plan orientado a cubrir “el segmento de la atención básica y de alta complejidad” (Giovannella et al., 2012).

Otros planes complementarios al POS, son los planes adicionales de salud (P.A. S.) se clasifican en: los planes complementarios de salud – ofrecidos por EPS como complemento al POS-; los planes de asistencia sanitaria – ofrecidos por las empresas de medicina prepaga; y los seguros privados

voluntarios que prestan asistencia sanitaria y también reembolsan gastos (Gideon et al., 2010). Los mismos se encuentran definidos en el artículo 169 de la Ley 100 y modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011. De acuerdo a in informe de ALAMI de 2013 existen actualmente 1.778.934 planes privados de salud – 671.243 planes de ambulancias prepagados, 187.106 planes complementarios y 920.585 planes de medicina prepagada-. (ALAMI, 2013).