Los litigios relacionados con los planes de salud superarán a los del SUS en 2026

Boletín N°: 8

Set 09, 2026 BRASIL

El número de nuevas demandas judiciales contra las aseguradoras sanitarias ha superado el registrado contra el Sistema Único de Salud (SUS). Según el Consejo Nacional de Justicia (CNJ), hasta junio de 2026 se habían presentado 181 000 demandas relacionadas con la sanidad privada, frente a las 164 000 que afectaban al sistema público, lo que supone una diferencia del 10,4 %. El dato figura en el Panel de Estadísticas Procesales del Derecho a la Salud del CNJ y fue presentado por la consejera y presidenta del Foro Nacional del Poder Judicial para la Salud (Fonajus), Daiane Nogueira de Lira.

Elton Fernandes, abogado especializado en seguros médicos, profesor invitado de la Universidad de São Paulo y autor del Manual de Derecho de la Sanidad Complementaria, explica que este cambio histórico podría estar relacionado con los cálculos financieros de las propias aseguradoras. «Es la primera vez que ocurre esto, y una hipótesis es que parte de las aseguradoras prefiera correr el riesgo de ser demandada antes que autorizar de inmediato los tratamientos previstos en la lista o en la cobertura contractual, ya que son pocos los beneficiarios que llegan a recurrir a los tribunales», señala.

Según la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), el gasto de las aseguradoras en litigios supuso el 1,18 % de los ingresos totales del sector en 2025, lo que equivale a 4.600 millones de reales de un total de 391.600 millones de reales recaudados. «Es un dato oficial de la propia ANS, y el porcentaje es lo suficientemente bajo como para no presionar a la aseguradora a revisar su política de denegaciones», afirma el abogado.

Demandas recurrentes

Cinco estados concentran el 72 % de los procesos contra los planes de salud: São Paulo, Bahía, Río de Janeiro, Pernambuco y Minas Gerais. Del total de demandas contra las aseguradoras, el 43 % solicita tratamientos médico-hospitalarios y el 15 % se refiere a medicamentos. Los reajustes y las cuestiones contractuales figuran a continuación entre las demandas más recurrentes.

Los procesos que cuestionan los reajustes de los planes de salud siguen una trayectoria propia. Los datos del Panel de Salud de DataJud, un sistema del CNJ, muestran que estas demandas pasaron de 19 328 en 2020 a 61 475 en 2025, lo que supone

un aumento del 218 % en cinco años. Solo en el primer semestre de 2026 se registraron 35 301 procesos de este tipo, es decir, una media de 195 al día.

Para Elton Fernandes, abogado especialista en Derecho de la Sanidad Complementaria, la diferencia en el tratamiento normativo entre las modalidades de contrato explica en parte este fenómeno. «Los planes individuales tienen un reajuste anual limitado por la ANS, que actualmente es del 5,11 %. Los planes colectivos empresariales y por adhesión, que representan más del 80 % del mercado, no tienen ese límite y se negocian directamente entre la aseguradora y la persona jurídica contratante. Cuando el consumidor no participa en esa negociación y no recibe el informe de cálculo del índice aplicado, la vía judicial se convierte en la única forma de obtener dicha información», afirma.

Reclamaciones contra los reajustes

El impacto sobre los beneficiarios de edad avanzada se refleja en otro indicador. Un estudio de la Agencia Nacional de Salud Complementaria muestra que las Notificaciones de Intermediación Preliminar (NIP) relacionadas con reajustes en contratos colectivos presentadas por personas mayores de 60 años pasaron de 842, en 2021 a 1.238 en 2025, lo que supone un aumento del 47 %. Hasta junio de 2026, la ANS ya había recibido 528 notificaciones de este tipo.

Elton Fernandes señala que la ausencia de un límite máximo para los reajustes colectivos tiene un efecto directo sobre este grupo. «El beneficiario de edad avanzada ya llega a este grupo de edad con la cuota mensual más alta, como resultado de los reajustes por cambio de tramo aplicados a lo largo de los años. Un nuevo reajuste sobre esta base, sin un parámetro objetivo y sin la aprobación previa de la ANS, puede hacer inviable la permanencia en el plan precisamente en el momento en que el consumidor más depende de la cobertura», explica.

El aumento de los litigios por reajustes no es algo reciente. Un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (USP), basado en demandas resueltas en primera y segunda instancia entre 2011 y 2018, ya señalaba un aumento del 386 % en el total de demandas contra las aseguradoras en el estado de São Paulo durante ese periodo. Las demandas relacionadas con los reajustes, que representaban alrededor del 15 % del total en 2011, pasaron a suponer más del 28 % de las demandas resueltas hasta 2018. El mismo estudio identificó una resolución favorable al consumidor en más del 92 % de los casos analizados.

Según Elton Fernandes, el mantenimiento de esta proporción a lo largo de más de una década indica un patrón estructural. «Cuando la tasa de éxito del consumidor se mantiene históricamente alta, el poder judicial está indicando que el problema no radica en la reclamación del beneficiario, sino en la forma en que la operadora justifica y aplica el reajuste antes de cualquier acción judicial. La vía judicial, en este contexto, funciona como último recurso, no como primera opción», afirma.

La ANS está evaluando cambios en la regulación de los reajustes colectivos. Entre las propuestas se encuentran una cláusula estándar de cálculo, la divulgación previa de la metodología y la ampliación de la agrupación de contratos para diluir el riesgo. Las propuestas aún se encuentran en fase de estudio y, por el momento, no modifican las normas vigentes.

Fuente

Fuente: Cqcs

Enlace:
https://cqcs.com.br/noticia/judicializacao-de-planos-ultrapassa-a-do-sus-em-2026/