



Observatorio  
Judicial

Informe N° 81

# Judicialización de la salud

— UN MAPA SOBRE SUS PRINCIPALES CONFLICTOS

Agosto 2025

[www.observatoriojudicial.org](http://www.observatoriojudicial.org)

Al abordar el fenómeno de la judicialización de la salud, resulta inevitable pensar en la cantidad masiva de recursos de protección presentados en contra de la adecuación de precios de los planes de las Isapres. Sin embargo, es necesario preguntarse si el recurso de protección se utiliza en otros espacios para acceder judicialmente a prestaciones médicas. El propósito de este informe es ofrecer un mapeo general del uso que se le ha dado al recurso de protección en el ámbito de la salud, tanto en el sistema privado como en el público. Para cumplir este objetivo, se analizaron 9.814 sentencias dictadas entre 2016 y julio de 2025 por las 17 Cortes de Apelaciones del país.

El análisis sobre esos casi 10.000 fallos arrojó que el recurso de protección en materia de salud se ha utilizado en cinco clases de litigios, las cuales explicaremos en detalle más adelante, pero que pueden agruparse en tres grandes temas, primero, disputas por el alcance de las coberturas en los contratos privados de salud; segundo, acciones para obtener judicialmente el financiamiento público de prestaciones médicas; y tercero, la impugnación del rechazo de licencias médicas.

Es pertinente subrayar los alcances y limitaciones de este análisis: en primer lugar, se excluye el estudio de los fallos de la Corte Suprema, enfocándose únicamente en una visión panorámica y documentando casos relevantes. Por ello, el informe constituye una aproximación inicial orientada a la construcción futura de un indicador que permita medir el grado de judicialización de la salud en los distintos niveles jurisdiccionales, así como a un examen más detallado de cada área de litigio. Cabe precisar además que empleamos el concepto de judicialización en un sentido amplio, refiriéndonos al uso del recurso de protección para solicitar judicialmente una prestación de salud, como puede ser la cobertura de un tratamiento, el financiamiento de medicamentos de alto costo o el pago de una licencia médica.

## **I. Visión general a la evolución de la judicialización de la salud (2016-julio 2025)**

Comencemos explicando las cinco áreas en las cuales se ha utilizado el recurso de protección en materias de salud. Si hubiera que distinguir dos grandes ámbitos, por un lado, está la judicialización del sistema privado de salud, y, por otra parte, está la judicialización del sistema público. En el primer grupo están los recursos dirigidos contra las Isapres en temas de cobertura, prestaciones GES-CAEC, preexistencias y término del contrato de salud.

El segundo grupo está compuesto por las acciones de protección cuya principal característica es que se entablan contra los organismos públicos de salud, principalmente: el Ministerio de Salud (MINSAL), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), los Hospitales Públicos y los Servicios de Salud. Sus dos grandes temas son, por un lado, la judicialización de resoluciones que rechazan licencias médicas y, por otra parte, la exigencia de financiar con gasto público prestaciones médicas que van desde tratamientos de alto costo hasta exigir el pago de servicios de cuidados residenciales.

En la Tabla N°1 se indican cada una de las cinco áreas, junto con su descripción. Si bien el área “Cobertura de salud mental” podría ser subsumida en el área “No cobertura legal-contractual”, decidimos conservarla como categoría autónoma, porque actualmente representa el nuevo y principal foco de judicialización en sentido estricto.

**Tabla N°1: Áreas de judicialización de la salud (2016-2025)**

ÁREAS DE JUDICIALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN
FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE PRESTACIONES	Casos en que se exige a una institución pública (FONOSA, MINSAL) el financiamiento de tratamientos médicos. Por ejemplo, medicamentos de alto costo, cirugías, trasplantes, hospitalizaciones.
LICENCIAS MÉDICAS	Casos en que se reclama contra la ISAPRE, el COMPIN o la SUSESO por la decisión de rechazar la solicitud, uso o pago de licencias médicas.
TÉRMINO DE CONTRATO ISAPRE <sup>1</sup>	Casos en que se reclama como arbitrario o ilegal el término unilateral del contrato de salud.
NO COBERTURA LEGAL-CONTRACTUAL	Casos en que se reclama contra la decisión de la ISAPRE de no cubrir una prestación médica, porque acorde al marco legal-contractual no estaría obligada a cubrir esa prestación.
COBERTURA DE SALUD MENTAL	Casos en que se reclama que las ISAPRES están obligadas a aplicar a los contratos de salud de la Ley N° 21.331. Por tanto, no pueden aplicar topes o restricciones a las prestaciones de salud mental.

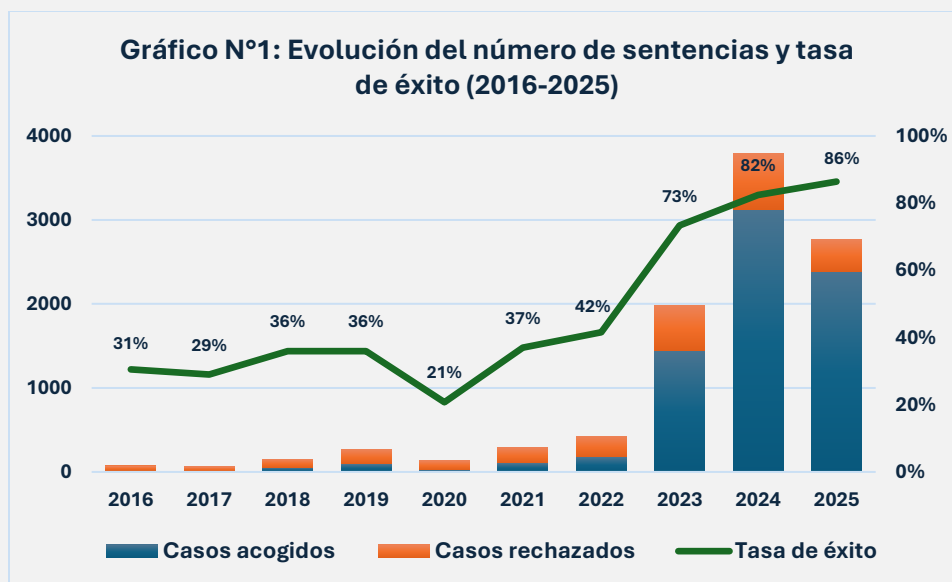
Antes de analizar en detalle cada una de las cinco áreas, es útil tener una visión general sobre la evolución de sentencias dictadas, así como de la tasa de éxito de los recursos de protección durante los casi 10 años analizados. Los datos son claros sobre la marcada diferencia entre dos periodos (Gráfico N°1). Durante el primer periodo entre los años 2016-2022, se observa un aumento sostenido, pero relativamente lento, tanto en la cantidad de sentencias, como de tasa de éxito. Así, mientras en el 2016 se fallaron 72 recursos con una tasa de éxito del 31%, el año 2022 se resolvieron 428 recursos con una tasa del 42%. Ahora bien, en el segundo periodo, entre los años 2023-2025, se produce un abrupto cambio: el número promedio de recursos pasó a 2.488, es decir, el promedio aumentó 14 veces en relación con el periodo anterior y con una tasa de éxito del 82%.

La explicación a este notorio cambio es sencilla, un nuevo frente de judicialización: exigir vía recurso de protección la aplicación de la ley N° 21.331<sup>2</sup> a los contratos privados de salud anteriores a la entrada en vigencia de dicha ley, la cual establece la obligación de igualar las coberturas en prestaciones de salud física y mental. Más adelante explicaremos en detalle este nuevo fenómeno.

<sup>1</sup> En este informe no abordaremos esta área dado que no representa una cantidad relevante de casos, a saber, 277. Sin perjuicio de lo anterior, en la siguiente tabla mostramos la evolución de los resultados:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Acogidos</b>	3	2	10	5	4	7	14	41	35	11
<b>Rechazados</b>	8	8	9	16	9	13	14	26	26	16
<b>Tasa Éxito (%)</b>	27%	20%	53%	24%	31%	35%	50%	61%	57%	41%

<sup>2</sup> Ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, publicada el 11 de mayo de 2021.



## II. Judicialización del sistema privado de salud (2016- julio 2025)

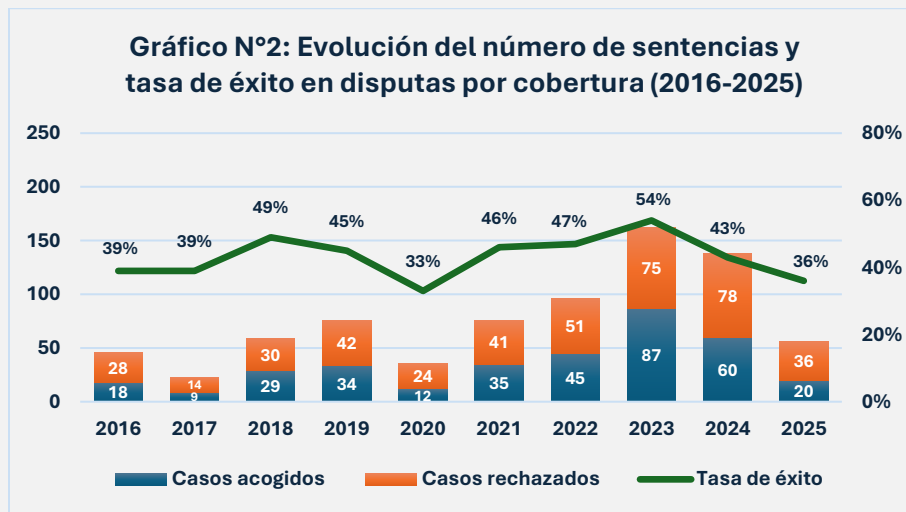
### 1. No cobertura legal-contractual: 786 casos

Como señalamos estos casos versan principalmente sobre la cobertura de prestaciones médicas. A grandes rasgos, logramos detectar cuatro tipos de conflictos. Primero, solicitudes de cobertura para medicamentos de alto costo, particularmente tratamientos oncológicos innovadores (como Nivolumab), medicamentos para enfermedades poco frecuentes (destacando Voxzogo para acondroplasia). En segundo lugar, destacan disputas sobre coberturas GES/CAEC, donde los usuarios reclaman que, aunque su enfermedad está garantizada, los medicamentos específicos prescritos no están en la canasta de prestaciones o no cumplen requisitos administrativos como atenderse en la red preferente. El tercer tipo de conflicto se relaciona con problemas de clasificación y codificación, especialmente la categorización errónea de insumos como prótesis o la negativa a cubrir medicamentos que no tienen código en el arancel de Fonasa. El cuarto tipo de conflicto es por preexistencias no declaradas.

Durante el periodo 2016-2025, el 45% de los recursos presentados han sido acogidos, mientras que el 55% han sido rechazados por las Cortes de Apelaciones. Destaca el año 2023 como el de mayor éxito para los reclamantes, con un 54% de recursos admitidos, en contraste con el 2020, que registró la mayor tasa de rechazo, llegando al 67%. A lo largo de los años, los resultados han mostrado una tendencia relativamente estable para quienes presentan reclamos (Gráfico N°2).

A su vez, el análisis revela la tendencia de que los tribunales acogen los recursos de protección contra las Isapres cuando la negativa de cobertura vulnera derechos fundamentales, especialmente el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, sustentándose en informes médicos claros que acreditan la necesidad de la prestación y la inexistencia de alternativas razonables y cuando la dilación o negativa implica un riesgo inminente para la vida del paciente.

El análisis evidencia que los tribunales tienden a acoger los recursos de protección interpuestos contra las Isapres cuando la negativa de cobertura afecta derechos fundamentales, especialmente el derecho a la vida y la integridad física y psíquica. Esta tendencia se fundamenta en la existencia de informes médicos que acreditarían la necesidad de la prestación, la ausencia de alternativas razonables y el riesgo inminente para la vida del paciente ante la demora o rechazo de la cobertura.



Sin embargo, hemos podido detectar casos de decisiones contradictorias respecto a casos similares. Por ejemplo, en un recurso de protección en el que el recurrente exigía la cobertura del medicamento Voxzogo, la novena sala de la Corte de Apelaciones de Santiago rechazó el recurso argumentando que:

(...) no se encuentra incluido dentro de aquellos que recibirán cobertura conforme al contrato de salud, ni al Régimen General de Prestaciones de Salud para el tratamiento de acondroplasia que padece la recurrente. Tampoco, posee cobertura financiera en el Sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) regulado por la Ley N° 19.966. Finalmente, tampoco encuentra financiamiento bajo el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que crea la Ley N° 20.850, Ley Ricarte Soto (...) Por otra parte, ni el medicamento solicitado ni sus principios activos han sido evaluados por el ente especializado en esta materia en nuestro país, como es el Instituto de Salud Pública. Por lo mismo, no es posible adelantar juicio sobre su efectividad y según lo alegado por las partes existen opiniones contrapuestas sobre lo mismo<sup>3</sup>.

Mientras que la octava sala de la misma Corte de Apelaciones acogió la exigencia del medicamento, ordenando a Colmena Golden Cross a aplicar CAEC<sup>4</sup> para financiar el medicamento Voxzogo:

Que lo que se viene señalando condice a la situación que se revisa, ya que ha sido la médico tratante quien ha prescrito para el niño el fármaco de que se trata, VOXZOGO. Desde esa óptica, la negativa de la Isapre, sustentada en que en los cuerpos normativos que regulan su funcionamiento y operación no contemplan una obligación de financiamiento para el fármaco en cuestión, enfatizando que es de administración ambulatoria y no hospitalaria, aparte de no constar antecedentes de la efectividad de esto último, no atiende al hecho de que dicho medicamento se erige como posibilidad de vida y crecimiento normal del niño y que la misma normativa invocada conduce a sostener el deber y necesidad de otorgar cobertura al tratamiento impetrado<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> C.A. de Santiago, novena sala, rol n°11.388-2023, fecha 6 de septiembre de 2023.

<sup>4</sup> Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)

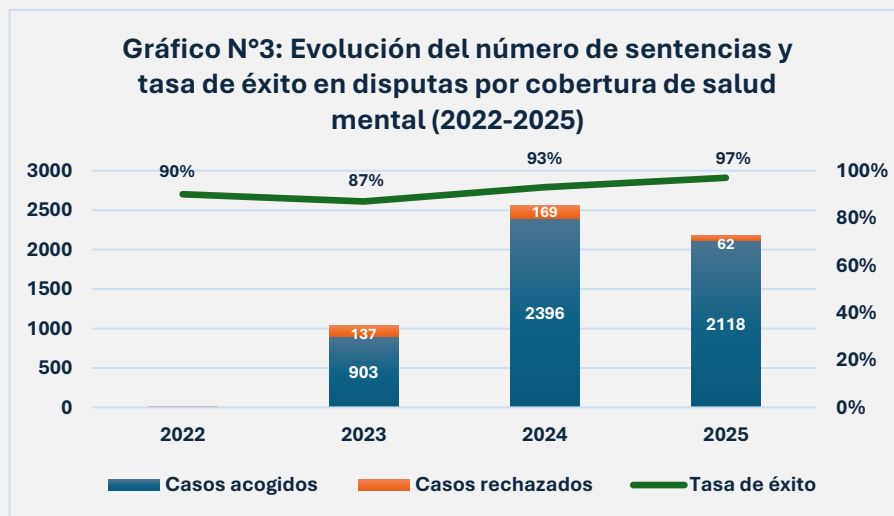
<sup>5</sup> C.A. de Santiago, octava sala, rol n°4.661-2023, fecha 27 de julio de 2023.

## 2. Exigencia de cobertura de salud mental: 5.743 casos

Como señalamos más arriba estos casos representan el nuevo fenómeno de judicialización. En estos casos lo exigido es que la Isapre no puede entregar una cobertura restringida en prestaciones de salud mental, debiendo equipararlas con los montos establecidos para la salud física. A juicio de los recurrentes tal restricción sería ilegal y arbitraria, porque en marzo de 2022 entró en vigor la ley 21.331, la cual en su artículo 20 N°6 señala que: “La atención de salud no podrá dar lugar a discriminación respecto de otras enfermedades, en relación a cobertura de prestaciones y tasa de aceptación de licencias médicas”; disposición que tendría efecto retroactivo sobre todos los contratos de salud anteriores a la entrada en vigencia de la ley 21.331.

La primera sentencia que logramos encontrar fue dictada por la C.A. de Concepción, el 12 de septiembre de 2022, la cual acogió el recurso. En simple, se argumenta que los contratos de salud al prestar un servicio público están regidos primeramente por las reglas de orden público, ante las cuales los principios contractuales deben ceder. Por tanto, se debe aplicar la ley 21.331, la cual en su artículo 3 letra c) establece que la aplicación de la ley se rige por el principio de "La igualdad ante la ley, la no discriminación arbitraria, con respeto y aceptación de la diversidad de las personas, como parte de la condición humana y la igualdad de género"<sup>6</sup>.

Esta jurisprudencia ha sido explosiva: si el 2022 se fallaron sólo 10 recursos de protección, el año 2024 las Cortes de Apelaciones resolvieron un total de 2.568. Ya en julio de 2025, las Cortes dictaron 2.121 casos. De igual manera las tasas de éxito han aumentado, a saber, de un 87% el 2023 a un 97% en 2025 (Gráfico N°3). En cuanto a la distribución de los fallos es llamativo que la C.A. de Temuco concentra el 61% de los casos con 3.278 casos resueltos, con una tasa de acogimiento del 99,9%; solo 4 recursos han sido rechazados.



<sup>6</sup> Rol n°61.971-2022.

Sin embargo, no todas las Cortes de Apelaciones han adoptado plenamente esta tendencia a favor del recurrente. Por ejemplo, la Corte de Apelaciones de San Miguel ha resuelto 89 casos, registrando una tasa de rechazo del 41%. De igual forma, la Corte de Apelaciones de Talca ha denegado el 50% de los recursos presentados.

En los casos en que las Cortes rechazan, el motivo central es el principio de irretroactividad de la ley. Se sostiene que la ley 21.331 no contiene una norma expresa que la haga aplicable a los contratos de salud celebrados antes de su entrada en vigencia, por lo que se aplica el artículo 9° del Código Civil y el artículo 22 de la ley que regula el efecto retroactivo de las leyes. Refuerzan este argumento con la Circular IF/N° 396 de la Superintendencia de Salud, que instruyó a las Isapres a aplicar la nueva cobertura solo a los planes comercializados a partir de marzo de 2022. Por lo tanto, al cumplir con los contratos preexistentes y las directrices del regulador, el actuar de las aseguradoras no se considera ilegal ni arbitrario.

Adicionalmente, los recursos son desestimados por ser presentados a través de una vía procesal que se considera inidónea. El recurso de protección está diseñado para amparar derechos claros e indubitados frente a vulneraciones concretas y urgentes, no para resolver disputas sobre la interpretación de un contrato o la aplicación de una ley, lo cual es materia de un juicio de lato conocimiento. A su vez, los fallos subrayan que los recurrentes presentan una reclamación abstracta, sin acreditar un perjuicio específico y actual, como la negativa de una prestación o un reembolso insuficiente, lo que impide a la Corte constatar una vulneración efectiva de sus derechos.

A continuación, citamos un fallo de la C.A. de Talca que rechazó un recurso, cuyo razonamiento aplica, lo que consideramos principios básicos del Derecho:

...no se advierte la denuncia de un hecho o acto específico y determinado que configure una vulneración concreta a las garantías constitucionales (...) Lo que se cuestiona, en realidad, es la interpretación y aplicación general de la normativa sobre salud mental a contratos celebrados con anterioridad a su entrada en vigencia.

Esta distinción resulta fundamental, por cuanto el recurso de protección, por su naturaleza cautelar y urgente, ha sido concebido para proteger a las personas frente a actos u omisiones concretas que vulnere sus derechos constitucionales, no constituyendo una vía idónea para obtener pronunciamientos de carácter general sobre la interpretación y aplicación de normas legales...

Que, la nueva normativa que modifica los criterios aplicables a futuros contratos de salud no puede entenderse como constitutiva de una discriminación respecto de relaciones contractuales previamente establecidas, como es el caso del recurrente. No siendo procedente aplicar retroactivamente la Ley N° 21.331 y la Circular IF N° 396, atendido a lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley sobre Efecto Retroactivo de las Leyes, norma que reafirma el principio de irretroactividad de las leyes en materia contractual, estableciendo que las condiciones y efectos de los contratos se rigen por las leyes vigentes al momento de su perfeccionamiento.

Que, por las consideraciones expuestas, no se advierte que la recurrida haya incurrido en un acto ilegal o arbitrario que amenace, perturbe o prive a la recurrente del legítimo ejercicio de las garantías constitucionales invocadas en el recurso, por lo que éste será rechazado<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> C.A. de Talca, sala primera, rol n°122-2025, fecha 4 de junio de 2025.

### III. Judicialización pública del sistema de salud (2016-julio 2025)

#### 1. Financiamiento público de prestaciones de salud: 659 casos

Como señalamos más arriba estos recursos se caracterizan, porque el recurrente exige el financiamiento público de una prestación médica que se encuentra fuera de los sistemas regulares de salud, a saber, Fonasa, el Ges, o bien, la ley n°20.850, conocida como Ley Ricarte Soto. En ese sentido, el análisis de los casos revela una clara concentración de las demandas en ciertas categorías de prestaciones. La solicitud de medicamentos de alto costo es la más frecuente, seguida por la demanda de procedimientos quirúrgicos y trasplantes. La siguiente tabla muestra la distribución de frecuencias por cada categoría principal que hemos identificado:

**Tabla 2: Frecuencia de recursos de protección por categoría principal de prestación exigida**

CATEGORÍA PRINCIPAL DE PRESTACIÓN	N° DE CASOS
1. MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	312
2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y TRASPLANTES	105
3. HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADOS CONTINUOS	88
4. TERAPIAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS	65
5. PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS Y LOGÍSTICAS	41
7. DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SUMINISTROS	23

A continuación, se presenta un análisis detallado de las subcategorías más recurrentes, lo que permite una comprensión más profunda de las necesidades específicas de los pacientes. **De las primeras tres categorías:**

##### A. Medicamentos de Alto Costo:

**Tabla 3: Frecuencia de los medicamentos de alto costo más demandados**

MEDICAMENTO ESPECÍFICO / ENFERMEDAD	N° DE CASOS
TRIKAFTA (FIBROSIS QUÍSTICA)	85
SPINRAZA / RISDIPLAM (ATROFIA MUSCULAR ESPINAL)	78
ECULIZUMAB / RAVULIZUMAB (HPN / SHUA)	24
VIMIZIM (ENFERMEDAD DE MORQUIO)	15
MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS VARIOS	45
OTROS FÁRMACOS (ATALUREN, VOXZOGO, ETC.)	65

B. *Procedimientos Quirúrgicos y Trasplantes:*

**Tabla 4: Frecuencia de los procedimientos quirúrgicos y trasplantes más exigidos**

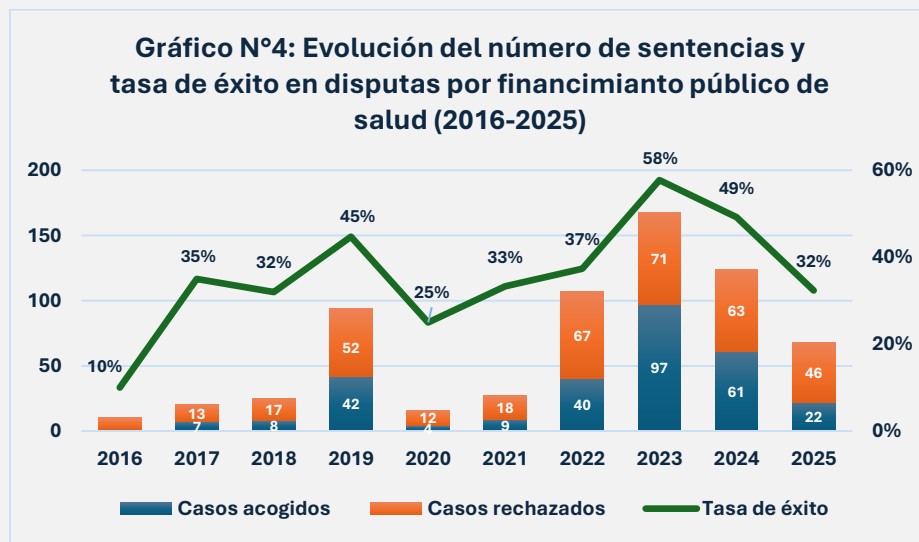
TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Nº DE CASOS
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA	38
CIRUGÍAS ORTOPÉDICAS (CADERA, COLUMNA)	25
CIRUGÍAS CARDÍACAS	18
CIRUGÍAS ONCOLÓGICAS	15
OTRAS CIRUGÍAS (TRASPLANTE DE CórNEA, ETC.)	9

C. *Hospitalización y Cuidados Continuos:*

**Tabla 5: Frecuencia de las demandas por hospitalización y cuidados continuos**

TIPO DE CUIDADO	Nº DE CASOS
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA / UNIDADES ESPECIALIZADAS	35
EVITAR ALTA MÉDICA / MANTENER HOSPITALIZACIÓN	28
ACCESO A ELEM / LARGA ESTADÍA	15
SERVICIOS DE CUIDADO DOMICILIARIO (TENS)	10

En cuanto a los resultados, durante el periodo 2016-2025, el 44% de los recursos fueron acogidos, mientras que el 56% fueron rechazados. Si llama la atención la variación anual entre los resultados, con sucesivas alzas y caídas.



Las principales razones de los tribunales para acoger los recursos de protección se centran en la preeminencia del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica por sobre cualquier consideración económica o administrativa. Los fallos califican la negativa de los organismos públicos como un acto arbitrario e ilegal, especialmente cuando se basa únicamente en el alto costo del tratamiento, en la aplicación rígida de protocolos o en una falta de fundamentación médica sólida.

Este razonamiento se intensifica cuando los afectados son sujetos de especial protección, como niños, niñas, personas mayores o con discapacidad, casos en los que se invoca el "interés superior del niño" o el deber estatal reforzado de cuidado. Finalmente, las Cortes otorgan un valor decisivo a la prescripción del médico tratante y a la evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento, considerándolo la única alternativa terapéutica para la supervivencia del paciente, incluso si el fármaco no cuenta con registro sanitario en Chile pero sí con aprobación de agencias internacionales.

El Observatorio Judicial ha sido crítico de esta línea jurisprudencial, señalando que omite los complejos desafíos que plantea la justicia distributiva y pasa por alto acuerdos democráticos relevantes —como la Ley Ricarte Soto— diseñados para equilibrar el legítimo interés de todas las personas que requieren servicios de salud pública. No obstante, existen jueces que, en votos disidentes, han logrado exponer con claridad las falencias de esta jurisprudencia, especialmente en lo referente al financiamiento de prestaciones de salud mediante recursos de protección cuando estas están fuera del sistema público. A continuación, se cita extensamente el voto del ministro Droppelmann, de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, quien expone con precisión las razones por las que este tipo de recursos debe ser rechazado:

Que para resolver esta acción ha de tenerse en cuenta, ante todo, que la Judicatura no está llamada, ni en ésta ni en ninguna otra materia, a calificar, intervenir, modificar o dictar las políticas públicas, ni tampoco a alterar el presupuesto nacional ni sectorial; en este caso, el de salud.

(...) Esto quiere decir que el tribunal no puede adentrarse en consideraciones relativas a cuáles deberían ser las prioridades u opciones de los organismos de salud, cuáles los criterios técnicos -que por supuesto le son extraños- para incluir o no el fármaco en sistemas de financiamiento estatal

Que el Estado de Chile está obligado al respeto de la vida, la integridad física y psíquica y por ende la salud, (...) esa garantía exige un despliegue de recursos económicos de gran magnitud, lo que conlleva que, siendo esos recursos siempre escasos, y los tratamientos solo eficaces en determinados grados o con relativas certezas, deba estructurarse un sistema que combine de manera razonable la necesidad y utilidad de los tratamientos, con la disponibilidad financiera, evitando toda discriminación arbitraria. Esto solo puede hacerse ateniéndose a criterios técnicos según sea la utilidad comprobada de las distintas terapias y la gravedad de las enfermedades que se deba atacar.

(...) Que para conseguir esos fines, el Estado cuenta con un sistema previsional constituido por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), con un Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) y con una Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, todo regulado por ley (...) Cabe insistir en que la mejor o peor estructura u organización de esos sistemas, escapa al control de la Judicatura, por esta vía al menos.

(...) Que tampoco existe en la especie arbitrariedad: las políticas públicas de salud y el presupuesto asociado a ellas son responsabilidad del poder político, y el Servicio de Salud respectivo que debe ajustarse a todo ello. La salud es en efecto un bien que cabe asegurar a todos, y por ende no puede utilizarse el presupuesto en unos pacientes en desmedro de otros

(...) Que, en suma, no es posible, entiende el disidente, para la Judicatura alterar el presupuesto de salud de la Nación -necesariamente en desmedro de alguien; esto es, de otros pacientes- dirigir la política de inclusión de tratamientos en el financiamiento estatal, sustituir a todos los entes políticos y técnicos en un detallado proceso de resolución, que no solo debe resolver cuán eficaz sea el fármaco, sino cuál sea su eficiencia con relación al costo, atendidos los otros tratamientos que deberían postergarse o desfinanciarse para cubrirlo<sup>8</sup>.

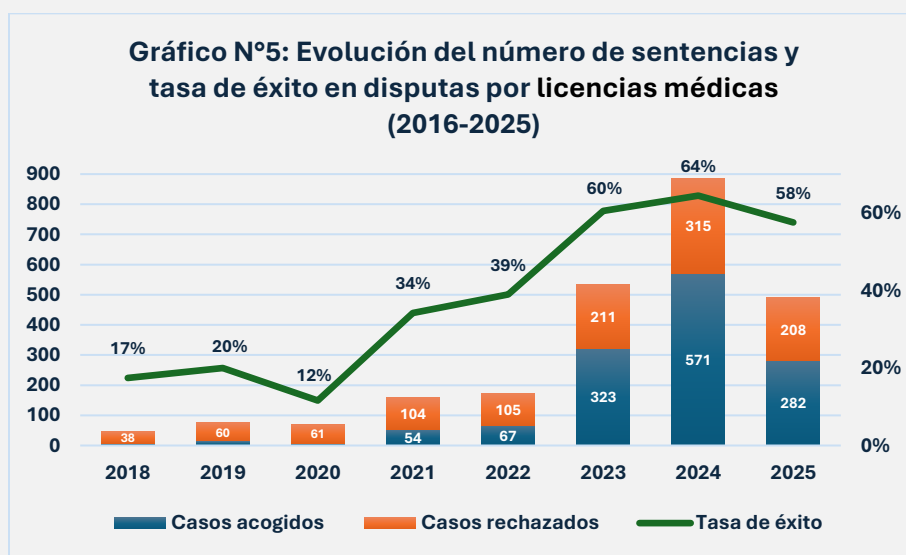
---

<sup>8</sup> C.A. Valparaíso, primera sala, rol n°1.084-2024, 7 de abril de 2025.

## 2. Impugnación de licencias médicas: 2349 casos

Los recursos de protección por licencias médicas surgen principalmente cuando a un trabajador, se le niega el pago del subsidio correspondiente por parte de la entidad fiscalizadora. Para revertir esta decisión, el afectado acude a la justicia, argumentando que el rechazo constituye un acto arbitrario e ilegal. Se considera "ilegal" por posibles vicios de procedimiento y "arbitrario" porque se percibe como una decisión caprichosa, sin un fundamento médico sólido y objetivo que la respalde. Frecuentemente, se alega que la resolución se basa únicamente en una revisión de documentos por un médico contralor que nunca examinó al paciente, desautorizando así, sin pruebas suficientes, la opinión del profesional que sí lo evaluó directamente.

Al igual que en el caso de los recursos por cobertura de salud mental, la impugnación de licencias ha tenido una importante alza, tanto en la cantidad como en la tasa de éxito. Los primeros casos que pudimos detectar datan del 2018, con una tasa de éxito del 17%. Ahora bien, el 2021 se produce un cambio de tendencia con un fuerte aumento en la cantidad y una importante alza en la tasa de éxito. Si el 2021 se resolvieron 158 casos con una tasa de éxito del 34%, el 2024 se fallaron 886 casos con un éxito del 64%.



En cuanto a los resuelto por las Cortes, en el 53% de los casos se ordena un nuevo proceso de evaluación médica. En estos casos, la Corte no aprueba directamente la licencia, sino que anula la decisión de rechazo y ordena a la entidad correspondiente (la COMPIN o la SUSESO) que realice una nueva y más completa evaluación médica del solicitante. El objetivo es que la nueva decisión se base en antecedentes médicos sólidos y actualizados, para en base a ello, emitir un nuevo pronunciamiento fundado. Estas órdenes suelen incluir mandatos específicos como:

- Realizar un peritaje médico: se instruye efectuar una evaluación por un médico especialista, a menudo de una especialidad particular (psiquiatría, traumatología, etc.), para determinar la real condición de salud del recurrente y la justificación del reposo.

- Encargar nuevos informes y exámenes: se ordena recabar más antecedentes, como la práctica de nuevos exámenes o la solicitud de informes a médicos tratantes, para tomar una decisión informada.
- Realizar evaluaciones presenciales: para asegurar una valoración adecuada, en múltiples fallos se exige que los nuevos exámenes o peritajes se realicen de manera presencial.

Ahora bien, en 593 casos pudimos detectar una acción más radical de las Cortes de Apelaciones, en las cuales ordenaron pagar directamente la licencia médica. En estos fallos, las Cortes consideran que el rechazo fue evidentemente arbitrario o ilegal y que existen antecedentes suficientes para justificar el reposo. En lugar de ordenar una nueva evaluación, la Corte instruye directamente el pago del subsidio por incapacidad laboral. A continuación, citamos una sentencia representativa de estos casos:

Así, la justificación racional y legal del acto administrativo es una condición de validez de este. En consecuencia, el órgano del Estado actuante debe fundamentar suficientemente su decisión, tanto en lo fáctico como en lo jurídico, explicando al administrado el porqué del acto, su sustento material y juridicidad.

Séptimo: Que revisada la resolución impugnada, ésta aparece desprovista de la fundamentación que la ley le exige, utilizando fórmulas genéricas que pretenden desvirtuar el diagnóstico del médico con especialidad en traumatología, que prescribió los reposos cuestionados, sin que existan antecedentes para ello.

(...) se acoge, sin costas, la acción de protección deducida (...) en contra de la Superintendencia de Seguridad Social, (...) debiendo la recurrida disponer lo necesario para que el subsidio correspondiente a las licencias médicas 99732219-3, 100702378-9, 103122071-4, 104206988-0 y 105545336-1, sea pagado dentro de un plazo máximo de 15 días<sup>9</sup>.

## Reflexiones Finales

El análisis de casi 10.000 sentencias dictadas por las Cortes de Apelaciones entre 2016 y julio de 2025 ofrece una panorámica compleja sobre la judicialización de la salud, mostrando que este fenómeno se ha expandido más allá del tradicional conflicto que fue la adecuación de precios de los planes de Isapre. En ese sentido los principales hallazgos del informe son:

1. **La nueva ola de litigios en salud mental:** el hallazgo más llamativo es el crecimiento exponencial de recursos de protección para exigir la equiparación de la cobertura de salud mental con la salud física en contratos de Isapre preexistentes a la Ley N° 21.331. Este fenómeno, que representa la mayoría de los casos analizados en el periodo reciente (2023-2025), ha reconfigurado el mapa de la judicialización. La altísima tasa de éxito para los recurrentes (superior al 90%) y la concentración de casos en ciertas Cortes, como la de Temuco, sugieren una estrategia de litigación masiva y efectiva, que pone en tela de juicio el principio de irretroactividad de las leyes.

---

<sup>9</sup> C.A. de Valparaíso, sala tercera, rol n°7.362-2024, fecha 10 de marzo de 2025.

2. **El rol del juez como garante de prestaciones de alto costo:** En el sistema público, el informe constata una tendencia consolidada donde los Tribunales de Justicia asumen un rol activo para garantizar el acceso a tratamientos y medicamentos de alto costo no cubiertos por los sistemas de financiamiento estatal (FONASA, Ley Ricarte Soto). Los fallos tienden a priorizar el derecho a la vida y la integridad física por sobre consideraciones presupuestarias o administrativas, calificando la negativa del Estado como un acto arbitrario. Este activismo judicial, si bien resuelve situaciones humanas críticas, plantea un dilema de justicia distributiva, ya que genera un sistema de acceso casuístico que opera en paralelo a las políticas públicas diseñadas democráticamente, tal como lo advierte el voto disidente.
3. **Impugnación de Licencias Médicas como Control de la Arbitrariedad:** Se observa un aumento sostenido y significativo en la impugnación de licencias médicas rechazadas, con una creciente tasa de éxito para los trabajadores. Este hallazgo demuestra que los tribunales se han convertido en una instancia de control sobre organismos técnicos como la COMPIN o la SUSESO.

En línea con el objetivo de realizar un mapeo general del uso del recurso de protección en salud, el presente informe confirma que la judicialización es un fenómeno diverso y en evolución, que abarca conflictos tanto en el sistema privado como en el público. Contrario a su naturaleza cautelar y excepcional, el recurso de protección se ha convertido en una vía ordinaria para resolver disputas contractuales complejas (cobertura de Isapres), obtener prestaciones excluidas de los sistemas regulares (medicamentos de alto costo), y revisar decisiones administrativas técnicas (licencias médicas).