

# Compendio de Normas que regulan a los Servicios de Bienestar del Sector Público

/ LIBRO I. DESCRIPCIÓN GENERAL / TÍTULO IV. BENEFICIOS

## TÍTULO IV. BENEFICIOS

El Servicio de Bienestar debe establecer en su Reglamento los beneficios de bienestar social que puede otorgar conforme a sus disponibilidades presupuestarias, indicando sus modalidades de concesión y quiénes, aparte del afiliado, serán sus beneficiarios, quienes deben ser causantes de asignación familiar del afiliado, que se encuentren reconocidos como tales.

El Servicio de Bienestar no puede otorgar nuevos beneficios ni establecer modalidades especiales en los mismos, sin previa modificación de su respectivo Reglamento.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, el Servicio de Bienestar está facultado, sin necesidad que se contemple expresamente en su respectivo Reglamento, para celebrar, a través de la autoridad superior de la Institución de la cual forma parte, convenios con otros Servicios de Bienestar u otras entidades que otorguen prestaciones de bienestar social u otras de seguridad social, tendientes a utilizar los centros recreativos o vacacionales que cualquiera de ellos posea o administre, ya sea mediante el intercambio de cupos para acceder a ellos, a través del arrendamiento de las instalaciones o mediante convenios de prestación de servicios, que favorezcan directamente a sus beneficiarios.

El Servicio de Bienestar, de acuerdo a sus posibilidades presupuestarias, iniciará su funcionamiento otorgando a lo menos beneficios de carácter médico, en la medida que sus recursos lo permitan, por los siguientes conceptos:

- a) Consulta médica, consulta médica domiciliaria, interconsulta y junta médica;
- b) Intervenciones quirúrgicas, atención de anestesista y arsenalera;
- c) Hospitalizaciones;
- d) Exámenes de laboratorio, Rayos X, histopatológicos y especializados de carácter médico.
- e) Atención odontológica;
- f) Medicamentos;
- g) Implantes;
- h) Marcapasos;
- i) Tratamientos médicos especializados;
- j) Consulta y tratamientos especializados para la recuperación de la salud, efectuados por personal profesional o técnico autorizado de colaboración médica;
- k) Adquisición de anteojos, lentes de contactos, audífonos y aparatos ortopédicos;
- l) Toma de muestra de exámenes a domicilio;
- m) Atención de urgencia, primeros auxilios y enfermería;
- n) Atención obstétrica;
- o) Traslados de enfermos;
- p) Insumos necesarios para el otorgamiento de las prestaciones de las letras b), d), g), h), i), j), m) precedentes, y
- q) Tratamientos de terapias complementarias cuyo prestador esté acreditado por la Superintendencia de Salud.

El Consejo Administrativo de cada Servicio de Bienestar determinará, a lo menos anualmente, los porcentajes de las ayudas que serán de cargo de éste y el monto máximo a que podrán ascender para cada prestación. Esto debe ser comunicado y difundido entre los afiliados, por correo electrónico y cualquier otro medio de comunicación.

Los porcentajes que se determinen para los beneficios indicados en las letras precedentes se entenderán referidos al arancel fijado para la modalidad de libre elección de la Ley N° 18.469, refundida por el D.F.L. N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud. Respecto de las prestaciones que no estuvieren consideradas en dicho arancel, el porcentaje de la ayuda se aplicará sobre el valor real de la prestación, no pudiendo exceder, el monto del beneficio, el tope máximo que hubiere fijado el Consejo Administrativo.

Para las terapias psicológicas, la evaluación inicial del beneficiario deberá ser efectuada por un médico general o de cualquier otra especialidad y posteriormente, de ser necesario, derivar el paciente al psicólogo para comenzar un tratamiento de

psicoterapia. Por lo tanto, para ser reembolsadas las consultas psicológicas es necesario que la primera sea por derivación de un médico general o de cualquier otra especialidad, no siendo necesaria dicha exigencia para las posteriores sesiones.

Vitaminas y suplementos alimenticios, basta que estén indicados por el médico en la receta sin que sea necesario indicar el diagnóstico, por lo que se reembolsan tanto para tratamientos preventivos o para la recuperación de la salud.

El reembolso de gastos médicos por liposucción sólo procede si han sido prescritos por el médico para recuperar o mejorar la salud del afiliado o causante de asignación familiar. El mismo criterio se aplica para el caso de tratamientos de quiropraxia, los que deben haber sido efectuados por indicación médica.

El pago de los reembolsos por gastos médicos generados con anterioridad al fallecimiento del afiliado, puede ser efectuado a sus herederos, porque al momento de su deceso, el derecho al reembolso de dichos gastos se incorporó al patrimonio del trabajador, por lo que debe ser pagado a sus herederos, según las reglas generales de la sucesión por causa de muerte. Para estos efectos, no resulta necesario pedir la posesión efectiva de la herencia para disponer de los bienes, en el caso del cónyuge, conviviente civil, padres e hijos, cuando deban percibir del Servicio de Bienestar, sumas no superiores a cinco unidades tributarias anuales, conforme lo señalado en el artículo 26 de la Ley N°16.271, actualmente contenida en el D.F.L. N°1 de 2000, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Dictamen N°21.811, de 2015, de esta Superintendencia.

El Servicio de Bienestar puede celebrar, a través de la autoridad superior de la Institución de la cual forme parte, convenios con empresas, destinados a obtener ventas al contado o a crédito de toda clase de bienes, mercaderías o servicios para satisfacer las necesidades de sus afiliados y sus familias.

Este tipo de convenios se suscriben conforme a lo establecido en los incisos primero y segundo del artículo 16° del Reglamento General, no estando afectos a la Ley N°19.886 de Compras Públicas, ya que en ellos sólo se acuerdan condiciones más ventajosas para los afiliados, quienes serán los que se relacionen directamente con esos proveedores para la compra de bienes y servicios. En dichos convenios los Servicios de Bienestar son meros intermediarios y no involucran sus propios recursos, ya que son los propios afiliados quienes financian directamente los bienes o servicios que adquieran de las entidades en convenio. Lo anterior, sin perjuicio de que pueden recaudar en su calidad de intermediarios.

Asimismo, los Servicios de Bienestar podrán celebrar, a través de la autoridad superior de la Institución de la cual formen parte, convenios entre sí o con profesionales e instituciones del área de la salud y otras entidades, con el propósito de mejorar el nivel de atención y servicios que entreguen a sus afiliados.

Además, los Servicios de Bienestar, a través de la autoridad superior de la Institución de la cual formen parte, pueden contratar y financiar con cargo a sus recursos, de acuerdo con sus disponibilidades presupuestarias, seguros de vida y seguro de salud, para solventar los gastos de salud de sus afiliados y/o cargas familiares no cubiertos por los sistemas de salud previsional, sin perjuicio de que los propios beneficiarios puedan concurrir a sufragar dichos seguros.

Los Servicios de Bienestar pueden también a través de la autoridad superior de la Institución, contratar seguros de cualquier naturaleza, en beneficio de sus afiliados, con los aportes de éstos, destinados a contribuir a su bienestar, cooperando a su adaptación al medio y a la elevación de sus condiciones de vida.

Respecto de los beneficios facultativos, los Servicios de Bienestar pueden diversificar la forma de entrega de las prestaciones, resguardando el principio de universalidad.

Si en los Reglamentos de los Servicios de Bienestar se establecieren períodos de espera respecto a las prestaciones de orden médico, éstos deben ser tan breves como las disponibilidades financieras del mismo lo hagan posible.

El derecho a solicitar los beneficios que concedan los Servicios de Bienestar caducará luego de transcurridos 10 meses desde la fecha en que haya ocurrido el hecho constitutivo de la causal que se invoque para solicitarlos, a menos que sus Reglamentos establezcan un período inferior para tal efecto, el cual no puede ser menor de 6 meses. En cuanto a la procedencia de pagar beneficios a ex afiliados por contingencias ocurridas mientras estaban afiliados a él, si el beneficio corresponde a la cobertura de una contingencia ocurrida durante el período de afiliación y es invocado dentro del señalado plazo, procede su pago, aun cuando la persona se haya desafiado del Servicio de Bienestar.

Los afiliados deben estar al día en el cumplimiento de las obligaciones contraídas con su respectivo Servicio de Bienestar para tener derecho a los beneficios que él otorgue, salvo excepciones por causas de fuerza mayor en los términos contemplados en el artículo 45 del Código Civil.

Los afiliados tendrán derecho a solicitar a su Servicio de Bienestar, mediante correo electrónico, correo físico o cualquier otro medio, copia de cualquier documento que le hayan acompañado, así como de lo resuelto sobre sus solicitudes de beneficios.

Los Servicios de Bienestar que posean o administren clínicas médicas o dentales, deben contemplar en sus Reglamentos lo siguiente:

- a) Cada profesional de la clínica debe solicitar al encargado de compras los materiales, medicamentos, instrumental o servicios respectivos, con indicación de cantidades, marcas, procedencias y otras indicaciones que sean necesarias.
  - b) Los socios tendrán el derecho a solicitar fotocopias o copias digitales de sus fichas médicas o dentales, exámenes y diagnósticos radiográficos.
-