

## PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARTICULARES PARA CONTRATAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO EL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES DEL CONSORCIO DE SERVICIOS DE LA PALMA (EXP. 085/2023).

### 1. OBJETO DEL CONTRATO

El objeto de este concurso es la contratación del Servicios de Seguro Colectivo de salud para todo el personal de la plantilla del Consorcio de Servicios de La Palma (en adelante el Consorcio) en las condiciones establecidas en el presente pliego.

### 2. ASEGURADOS

Serán asegurados todos los empleados en activo del Consorcio. Actualmente la plantilla asciende a 84 empleados.

Las previsiones en cuanto al número medio de empleados del Consorcio son aproximadamente:

- Año 2024: 94 trabajadores.
- Año 2025: 100 trabajadores.
- Año 2026: 107 trabajadores.
- Año 2027: 112 trabajadores.
- Año 2028: 120 trabajadores.

### 3. CONDICIONES GENERALES Y REQUISITOS TÉCNICOS

Las empresas licitantes, que deberán ser entidades aseguradoras, no podrán presentar ofertas con mediador de seguros. La gestión del contrato, avisos, notificaciones, comunicaciones, declaraciones de siniestros, etc. que se deriven de este contrato, serán cursados por el Tomador del seguro o Asegurado a la entidad aseguradora adjudicataria del contrato.

La duración de los servicios contratados mediante el presente procedimiento será de UN (1) AÑO como periodo inicial, pudiéndose prorrogar el contrato por CUATRO anualidades sucesivas más, resultando un periodo total incluyendo prórrogas de CINCO (5) AÑOS.

No existirá período de carencia alguno para ninguna de las prestaciones mínimas detalladas en el apartado 3.3. de los presentes pliegos excepto para embarazo (1 mes), y parto (10 meses).

Los asegurados (empleados y beneficiarios) no participarán en el coste de los servicios, sin aplicación de copago o franquicias de ninguna clase, a no ser que utilicen servicios en centros no concertados.



En la póliza, solo se permitirá la limitación de las siguientes enfermedades preexistentes (enfermedades conocidas antes de la fecha de contratación del seguro): Enfermedades relacionadas con el Cáncer, Enfermedades Coronarias, Enfermedades Cerebrales, Diabetes, Insuficiencia Renal, Parálisis, Esclerosis Múltiple y Trasplante de Corazón, Pulmón, Hígado, médula Ósea y Páncreas. El resto de las enfermedades preexistentes quedarán incluidas y deberán ser cubiertas. Si la oferta contempla cualquier limitación diferente relativa a preexistencias y/o períodos de carencia, no será tenida en cuenta en el presente procedimiento.

La oferta presentada deberá garantizar obligatoriamente la cobertura y continuidad de tratamiento de los procesos en curso antes de la contratación de la póliza.

Las empresas licitantes deberán dar la opción para que los trabajadores del Consorcio (asegurados) que lo deseen puedan asegurar adicionalmente a aquellos familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) que consideren. En este caso los asegurados adicionales disfrutarán del mismo precio y las mismas coberturas que las que oferten para el personal del Consorcio, siempre que el familiar sea asegurado en el plazo máximo de 30 días desde el alta del empleado, en caso contrario el asegurado familiar será sometido a selección de riesgos. En el caso de asegurar a familiares el pago de la prima no será a cargo del Consorcio sino que correrá a cargo del asegurado adicional.

Las empresas licitadoras deberán indicar en el modelo de oferta económica un importe mensual de la prima por asegurado, incluidos todos los gastos que la empresa deba realizar para dar cumplimiento a las prestaciones contratadas y, especialmente tasas y toda clase de tributos no expresamente repercutibles como partida independiente, así como los que pudieran establecerse durante la vigencia del contrato. El adjudicatario deberá expresar todos los importes que aparezcan en la oferta con dos decimales.

El importe de la prima mensual será la misma para todos los asegurados (trabajadores) del Consorcio, sin importar su edad o estado de salud.

Los precios ofertados se mantendrán durante todo el período de duración del contrato.

El importe real y definitivo del contrato quedará determinado por el número total de asegurados (empleados) con los que cuente el Consorcio durante la vigencia del contrato, multiplicado por el precio unitario ofertado por la empresa adjudicataria y multiplicado por el número de mensualidades del mismo.

### 3.1. ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO

**Asegurador:** la entidad aseguradora oferente, que deberá estar inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con la autorización precisa en el ramo oportuno.

**Tomador del seguro:** el Consorcio de Servicios de La Palma.



**Asegurados:** el colectivo a asegurar lo componen la totalidad del personal del Consorcio (trabajadores), sin que pueda hacerse exclusión alguna por ningún motivo. En caso de que algún trabajador no quiera adherirse a la póliza que se contrate, tendrá todo el derecho a hacerlo.

**Póliza:** documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Formarán parte de la misma: las condiciones generales, las particulares, las cláusulas especiales y los suplementos que se emitan a la misma para completarla o modificarla. Las empresas licitadoras presentarán los correspondientes modelos de condiciones generales, particulares y especiales.

### 3.2. ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Para la totalidad del colectivo asegurado el ámbito territorial de cobertura se extiende a todo el territorio nacional, con independencia de que los medios sean propios, concertados o sub-concertados. Aunque se pondrá especial atención a las coberturas ofrecidas en la Isla de La Palma.

### 3.3 RIESGOS O COBERTURAS MÍNIMAS A GARANTIZAR

El contrato dará cobertura, al menos y con carácter de **mínimos**, a las especialidades, las prestaciones y otros servicios, que a continuación se relacionan (dichas prestaciones o servicios serán sin límite de sesiones o días, a no ser que se detalle el número de sesiones o días en los presentes pliegos).

**Sera causa de exclusión el no disponer de los centros y facultativos necesarios en la isla de La Palma para garantizar la prestación de al menos el 25% de los servicios mínimos requeridos en los presentes pliegos y además también será un requisito mínimo el disponer de al menos dos (2) oficinas físicas de atención al público en la isla de La Palma.**

La cobertura en el extranjero será la que haya ofertado la empresa adjudicataria en la licitación.

Las coberturas o servicios mínimos requeridos son los siguientes:

#### 3.3.1 Medicina Primaria

- El seguro cubrirá medicina general, pediatría y puericultura y servicio de ATS/DUE y la asistencia se hará en consulta y a domicilio.

#### 3.3.2 Urgencias

- Servicio permanente de urgencias en centros concertados por la aseguradora. En caso de ser necesario se prestará también a domicilio.



### 3.3.3 Especialidades

Se cubrirá la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario, en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología
- Angiología y Cirugía vascular (excluyendo estéticos)
- Aparato digestivo
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía general y del aparato digestivo incluida la coloproctología (excluido láser)
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica y reparadora (excluida la puramente estética)
- Cirugía torácica
- Cirugía ginecológica
- Cirugía vascular (excluido láser)
- Estomatología
- Dermatología
- Endocrinología
- Ginecología y Obstetricia: incluida la asistencia/control del embarazo y parto. (Revisiones ginecológicas.
- Planificación familiar: sin incluir el coste del dispositivo intrauterino
- Hematología y hemoterapia
- Medicina interna
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología-Aparato respiratorio
- Neurocirugía
- Neurología
- Odonto-estomatología: incluidas consultas, curas estomatológicas, extracciones, radiografías y una limpieza bucal anual.
- Oftalmología
- Oncología médica y Radioterapia
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría (mínimo 15 sesiones anuales)
- Rehabilitación y fisioterapia (previa prescripción de un médico) (mínimo 60 sesiones anuales)
- Reumatología
- Traumatología y ortopedia
- Urología



### 3.3.4 Medios/pruebas de diagnóstico

Comprenderá los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica, y al menos los que a continuación se indican:

- Laboratorio: análisis clínicos bioquímicos, hematológicos, anatomopatológicos, citológicos, biológicos y estudios hormonales no “mezclados” con genéticos.
- Amniocentesis
- Densitometría ósea
- Endoscopia
- Ergometría
- Hipertemia prostática
- Polisomnografía
- Radiología de todo tipo: pruebas de radiodiagnóstico, ecografía, mamografía, radiología intervencionista y exploraciones complementarias.
- Resonancia magnética nuclear
- Tomografía axial computerizada (TAC). Escáner
- Otros medios complementarios de diagnóstico: doppler cardíaco, ecografías, electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografía, espirometría, hemodinámica vascular, hemodinámica vascular, Holter, gammagrafía, citoscopia, colonoscopia.

En todos los casos se entiende que las pruebas serán prescritas por médicos de la compañía aseguradora.

### 3.3.5 Hospitalización

Se realizará en centros concertados por la compañía aseguradora:

- Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica)
- Hospitalización quirúrgica
- Hospitalización por maternidad: tocólogo y matrona, incluida anestesia epidural, nido e incubadora
- Hospitalización pediátrica: incubadora, hospitalización de niño prematuro o recién nacido patológico (neonatología)
- Hospitalización de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)
- Hospitalización psiquiátrica: hasta un mínimo de 50 días por año

El servicio de asistencia hospitalaria se prestará con cama para acompañante, e incluirá los gastos de quirófanos, productos anestésicos, medicación, curas, material, tratamiento, así como los gastos de estancia y manutención del paciente, sin límite de días de estancia.



### 3.3.6 Tratamientos especiales

- Aerosolterapia y ventiloterapia (solo en ingresos)
- Diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) (solo para casos agudos)
- Electrorradioterapia
- Litotricia renal y biliar
- Logofoniatría (para intervenciones mayores de laringe)
- Laserterapia oftalmológica
- Oxigenoterapia (solo en ingresos)
- Podología: hasta un límite mínimo de 12 sesiones por asegurado y año.
- Quimioterapia
- Radioterapia - Braquiterapia
- Rehabilitación
- Transfusiones de sangre y/o plasma

### 3.3.7 Otros servicios

- Ambulancias y transporte sanitario
- Asistencia en viaje (importe mínimo: 12.000,00 €)
- Prótesis (importe mínimo: 5.000,00 €)

El Consorcio podrá rechazar cualquier propuesta que no garantice la prestación de los servicios mínimos requeridos en los presentes pliegos en la Isla de La Palma.

## 3.4. COBERTURAS, EXCLUSIONES Y VALORACIÓN DE LA OFERTA TÉCNICA

Con objeto de salvaguardar el principio de concurrencia de las Compañías aseguradoras, solo se han detallado las coberturas que deberá tener contratadas obligatoriamente este seguro, pudiendo los licitantes ofertar otras coberturas nuevas (además de las indicadas en este Pliego) y/o también ampliar el alcance de las coberturas propuestas.

La valoración de las ofertas técnicas se llevará a cabo de acuerdo con los criterios de ponderación fijados en los pliegos. Respecto a la valoración de las coberturas, se valorará positivamente el mayor número de coberturas ofertadas en La Palma, en su caso.

## 3.5 CONDICIONES DE ADHESIÓN

La adhesión de los trabajadores a la póliza será sin condiciones de ninguna clase.

Se podrá solicitar la cumplimentación de boletines de adhesión y/o declaraciones o cuestionarios de salud previos, pero en ningún caso la empresa adjudicataria podrá negarse a admitir a ningún trabajador como parte del colectivo asegurado y en las



mismas condiciones (excepto las limitaciones por enfermedades preexistentes descritas en el apartado 3).

La cobertura se otorgará para todos los riesgos sin limitación de edad.

El Consorcio comunicará puntualmente al asegurador las altas y bajas de los empleados, que se produzcan durante el periodo de vigencia de la póliza.

El seguro dará de baja a cualquier asegurado en el momento en que el empleado asegurado finalice su relación laboral con el Consorcio.

### 3.6 SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

La entidad aseguradora adjudicataria aceptará, a la firma del contrato, la totalidad del colectivo con el único requisito de la certificación expedida por el Consorcio como documento de confirmación de inclusión de los asegurados en la referida póliza, debiendo la aseguradora, con esa misma fecha emitir carta de garantía, que será a los efectos como si de la póliza se tratara.

La entidad adjudicataria deberá emitir la siguiente documentación para el asegurado:

- Información relativa a las condiciones generales y particulares de la póliza.
- Catálogo de servicios (cuadro médico) con la relación de profesionales y centros médicos o sanitarios (propios o concertados por el Asegurador) en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario de consulta.
- Tarjeta sanitaria personal acreditativa de los servicios frente a los profesionales y centros concertados.
- Impresos de solicitud de reembolso de gastos.

Para las nuevas altas que se produzcan con posterioridad a la fecha de efectos de la póliza, se emitirá la anterior documentación igualmente en el plazo máximo de 10 días desde la comunicación del alta.

## 4. FORMA DE EJECUCIÓN

### 4.1 NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

Los derechos de los asegurados comienzan el mismo día en que el Tomador comunique su alta a la compañía aseguradora, salvo para el caso de la inscripción inicial que entrará en vigor en la fecha que se determine en el correspondiente contrato.

En cualquier caso, la no presentación de la tarjeta sanitaria personal en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la compañía aseguradora todavía no la haya emitido, o en situaciones de urgencia, no debe impedir ni condicionar el derecho del asegurado a hacer uso de los medios de la aseguradora, obligándose esta a informar y procurar los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo anterior por parte de los facultativos y centros de su catálogo de servicios.



Los derechos de los trabajadores asegurados y los familiares adscritos, en su caso, se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en la que el trabajador finalice su relación laboral con el Tomador del seguro.

#### 4.2 LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICOS

Los asegurados podrán acudir libremente y a su elección, a los médicos y especialistas que formen parte del listado de facultativos de la compañía aseguradora que esté vigente en cada momento en todo el territorio nacional. Para garantizar el principio de libre elección de facultativo, el contenido del Catálogo de servicios será claro, completo y transparente, evitando que haya facultativos y centros para atender a los asegurados que no figuren en el mismo o viceversa.

#### 4.3 AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES

La compañía aseguradora a través de los médicos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberán informar adecuadamente de este requisito a los asegurados.

La oferta detallará las pruebas diagnósticas o tratamientos que requieran autorización previa, y en su caso, para aquellas que sea necesaria, la compañía aseguradora indicará claramente la forma de obtención de la preceptiva autorización (desplazamiento a las oficinas de la compañía, telefónica, fax, internet, etc.).

En ningún caso se podrán efectuar con cargo al asegurado las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa, o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta.

#### 4.4 CATÁLOGO DE SERVICIOS-RED ASISTENCIAL

El catálogo de servicios de la compañía aseguradora contendrá una relación detallada de los medios y servicios de que dispone concretamente en la isla de La Palma y para Canarias.

Además de lo anterior contendrá la relación de los servicios de información, urgencias y ambulancias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los asegurados.

La compañía aseguradora facilitará anualmente a todos los asegurados titulares los catálogos de servicios actualizados.







CONSORCIO  
DE SERVICIOS  
DE LA PALMA

## 5. PAGO DEL SERVICIO

El pago del servicio se llevará a cabo anualmente, conforme al número de trabajadores efectivamente adscritos y se realizará dentro de los 30 días siguientes al inicio de los servicios. En el caso de nuevas altas se pagará el importe que corresponde a ese trabajador por lo que resta de anualidad del servicio, en un único pago dentro de los 30 días siguientes al alta en el servicio del citado trabajador.

Cuando se proceda a darle de baja a un trabajador como asegurado, por la razón que fuera, la empresa adjudicataria devolverá al Consorcio la parte de cuota pagada y no disfrutada de ese trabajador correspondiente al periodo que va desde la fecha de la baja a la fecha de fin de la anualidad contratada.

En Santa Cruz de La Palma

**EL GERENTE**

