



**PROPUESTA DE PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA
CONTRATACIÓN DE UN SERVICIO DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA
PARA LOS EMPLEADOS PUBLICOS DEL CONSORCIO DE EMERGENCIAS DE
GRAN CANARIA**

Pliego de Prescripciones Técnicas

Expediente: 05/2011

Febrero 2011

CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA LOS EMPLEADOS PUBLICOS

1.- OBJETO DEL CONTRATO.

El objeto del contrato es la contratación de una **cobertura de un Seguro de asistencia sanitaria para los empleados públicos** del Consorcio de Emergencias de Gran Canaria, así como otras personas que tengan la condición de asegurados de conformidad con las condiciones que se especifican en el presente pliego y en el pliego de cláusulas administrativas particulares, las cuales tienen consideración de coberturas mínimas.

2. - SUJETOS DE LA CONTRATACION:

2.1 Tomador

El tomador del seguro es la Entidad Pública Insular denominada, el Consorcio de de Emergencias de Gran Canaria (en adelante el CEGC).

2.2 Asegurados:

Tendrán la condición de Asegurados las siguientes personas:

A) Titulares:

Tienen la condición de titulares, las siguientes personas:
Los empleados públicos del Consorcio de Emergencias.

B) Beneficiarios:

B.1) Serán beneficiarios de la cobertura, el cónyuge o pareja del titular, y hasta dos hijos con los requisitos y condiciones establecidos en el vigente Acuerdo sobre Condiciones de Trabajo de los funcionarios de el CEGC.

La relación de titulares y beneficiarios que figura en la presente cláusula tiene carácter indicativo, correspondiendo a el CEGC facilitar al adjudicatario la relación nominal de éstos, así como las modificaciones que se planteen en el plazo de ejecución del contrato.

El colectivo objeto de la asistencia a contratar, al momento de elaboración de los presentes pliegos, se indica a modo orientativo, de forma numérica en el presente Pliego.

B.2) Se ofertará una cobertura especial para los familiares de primer grado de los titulares, en exceso de lo especificado en el apartado B.1. Esta cobertura especial será abonada directamente por dichos familiares de primer grado que se adhieran a la póliza.

3.- COBERTURAS ASEGURADAS:

El servicio de asistencia sanitaria, contendrá al menos, el siguiente contenido básico, tanto para titulares como beneficiarios:

El acceso por los asegurados a cada uno de los servicios básicos recogidos en el presente pliego se realizará sin la necesidad de autorización previa por parte de la entidad adjudicataria, salvo en su caso la hospitalización y tratamientos especiales. Todos los servicios básicos se recibirán sin copago por parte del asegurado.

3.1 Asistencia primaria

Contendrá los siguientes servicios, en régimen de consulta, ambulatorio u hospitalario.

- a) Medicina General.
- b) Pediatría y Puericultura.
- c) Enfermería.
- d) Hospitalización a domicilio.
- e) Urgencias domiciliarias y ambulatorias en centros médicos.

3.2 Asistencia especializada

Asistencia por parte de un médico especialista, en régimen de consulta, ambulatorio u hospitalario, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de cada especialidad, así como en intervenciones quirúrgicas.

Incluyendo, al menos las siguientes:

- a) Alergología e Inmunología.
- b) Aparato digestivo, incluida la endoscopia digestiva.
- c) Cardiología, incluidas las hemodinámica y pruebas diagnósticas de cardiología.
- d) Cirugía General, incluida la Coloproctología.
- e) Cirugía Ginecológica.
- f) Cirugía Oral y Máxilofacial.

- g) Cirugía Vascolar.
- h) Dermatología: Consulta médica, pruebas diagnósticas y los siguientes actos médicos no quirúrgicos: Electrocoagulación o crioterapia de verrugas, tumores superficiales; Láser de CO₂ o similar, para tratamiento de condilomas y tumores cutáneos; Tratamiento con P.U.V.A.; Infiltraciones terapéuticas cutáneas; Psoriasis, etc.
- i) Endocrinología y Nutrición.
- j) Ginecología y Obstetricia, incluida la asistencia y orientación del Facultativo y Matrona en toda clase de partos en clínica y hospital, así como la planificación familiar (control de tratamiento anovulatorio, implante de dispositivo intrauterino y seguimiento).
- k) Hematología y Hemoterapia.
- l) Medicina Interna.
- m) Nefrología.
- n) Neumología y Aparato Respiratorio.
- o) Neurología.
- p) Odontoestomatología: Curas estomatológicas y extracciones simples, limpieza bucal anual, ortopantomografía. Programa para menores de 15 años. Para otros supuestos los asegurados tan solo se podrán acoger a los beneficios que especifique la Compañía Adjudicatario de las bonificaciones de los precios que se acuerden con los diferentes centros concertados.
- q) Oftalmología.
- r) Oncología Médica.
- s) Otorrinolaringología.
- t) Fisioterapia y rehabilitación.
- u) Reumatología.
- v) Traumatología y Ortopedia.
- w) Urología.

3.3 Pruebas de Diagnóstico.

Se incluirán, al menos las siguientes pruebas diagnosticas, efectuadas en régimen de consulta, ambulatorio u hospitalario, tanto para asistencia primaria como especializada:

- a) Laboratorio: Análisis clínicos bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitológicos y anatomopatológicos, citológicos, biológicos y estudios hormonales. Incluidos los de determinación de PSA.
- b) Amniocentesis.
- c) Arteriografía digital.
- d) Citologías.

- e) Ecografías.
- f) Endoscopia o Fibroendoscopias.
- g) Ergometría.
- h) Hipertemia prostática.
- i) Litotricia renal y biliar.
- j) Mamografía.
- k) Radiología de todo tipo: pruebas de radiodiagnóstico, ecografía, mamografía, radiología intervencionista y exploraciones complementarias.
- l) Resonancia magnética nuclear.
- m) Topografía axial computerizada. Escáner.
- n) Otros medios complementarios de diagnóstico: Doppler cardíaco, Electrocardiograma, Electroencefalograma, Electromiografía, Espirometría, Hemodinámica vascular, Gammagrafía, Monitorización Fetal, Citoscopia, Colonoscopia, Resonancia Magnética Nuclear, y en general tratamientos isótopos radioactivos.

3.4 Asistencia y transporte sanitario.

Se efectuará la asistencia y transporte sanitario, incluyendo los siguientes medios:

- a) Ambulancia de soporte vital básico.
- b) Ambulancia de soporte vital avanzado (medicalizada).

3.5 Tratamientos y servicios en copago.

Estos tratamientos especiales serán prestados mediante un copago directo por parte del paciente, de acuerdo con el sistema de franquicias o igualas, que oferte el adjudicatario.

Se incluirán en este sistema, al menos los siguientes servicios en copago:

- a) Diálisis.
- b) Litotricias renales y biliares.
- c) Medicina Preventiva: Planificación familiar y preparación al parto. Diagnóstico precoz de enfermedades: de la mama, ginecológicas, coronarias, de la próstata, del glaucoma, de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético, detección precoz y tratamiento de la sordera del niño y programa del niño sano.
- d) Prótesis e implantes, el Adjudicatario establecerá los límites en un catálogo de prótesis cubiertas.
- e) Psicoterapia.

- f) Determinadas garantías bucodentales, especificando las que son para menores de 15 años y para mayores de 15 años.
- g) Operaciones de cirugía de miopía, hipermetropía y astigmatismo.
- h) Coberturas dentales en exceso de las básicas.

3.6 Anestesiología y Reanimación.

Se incluirá en todas las intervención quirúrgicas que sea preciso debiendo informar al paciente, las diferentes alternativas posibles, sus riesgos, efectos secundarios y consecuencias, decidiendo este elegir libremente sobre su aplicación.

3.7 Hospitalización.

La hospitalización, fuere por el motivo que fuere, a consecuencia de enfermedad o accidente, se efectuará en las siguientes condiciones:

- a) Se prestará en habitación individual, con cama para acompañante.
- b) Incluirá todos los gastos de estancia y manutención del paciente, medicación y tratamiento, ha excepción de llamadas de teléfono.
- c) Sin límite de días de estancia.
- d) La hospitalización psiquiátrica, se cubrirá hasta un máximo de diez días, por persona y año, excluyendo los tratamientos por drogadicción o alcoholismo.

3.8 Asistencia en el extranjero.

La cobertura incluirá asistencia médica por enfermedad o accidente del titular y los beneficiarios desplazado en el extranjero.

- a) Transporte o repatriación sanitaria.
- b) Acompañamiento de menores o disminuidos.
- c) Transporte o repatriación del asegurado fallecido y acompañante.
- d) Estancia de un acompañante en caso de hospitalización.
- e) Envío de medicamentos.
- f) Servicio de información sanitaria.

3.9 Informes médicos

Se incluirán los siguientes tipos de informes:

- a) Informe médico sobre el diagnóstico y/o tratamiento sobre su dolencia o asistencia prestada
- b) Certificado médico oficial de cualquier tipo relativo a los titulares o beneficiarios.

4. RIESGOS EXCLUIDOS

1. Los daños físicos como consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismo (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
2. Los productos farmacéuticos fuera del centro hospitalario.
3. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
4. Las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en legítima defensa), auto-lesiones o intentos de suicidio.
5. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones, así como las derivadas de la práctica, como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, en ningún caso será aplicable esta exclusión podrá ser aplicada a las actividades profesionales del colectivo asegurado.
6. Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
7. Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, test psicológicos.
8. Los trasplantes de órganos, a excepción de los trasplante de médula ósea, córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón y páncreas, que sí quedarán cubiertos.
9. SIDA y enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
10. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
11. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
12. La asistencia odontológica franquiciada, salvo la expresamente incluida en los condicionados de cada aseguradora.
13. Los gastos de transporte no sanitario del asegurado al centro en casos de rehabilitación, fisioterapia y en casos de diálisis.

14. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.

15. Cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante técnica genética. Salvo aquellas que están incluidas en la descripción de la cobertura.

16. Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el Sistema Nacional de Salud.

5.- CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

5.1 Tarjeta sanitaria

Deberá emitirse, por cada titular o beneficiario una tarjeta sanitaria de acuerdo a las siguientes características:

- a) Emisión de tarjetas para apertura del colectivo antes del inicio del plazo de ejecución del contrato, y para nuevas altas en un plazo máximo de 15 días hábiles, a contar desde la entrega de los listados de asegurados.
- b) Será personal e intransferible para cada una de las personas incluidas en la Póliza, incluidos menores de edad.
- c) Contendrá los teléfonos de información de uso más frecuentes.
- d) Permitirá el acceso a las prestaciones cubiertas en centros concertados, sin necesidad de autorización u otra tramitación añadida.
- e) Preferiblemente figurará que el titular pertenece a la cobertura del Consorcio de Emergencias de Gran Canaria.

5.2 Acceso

Facilitar el acceso rápido a las prestaciones mediante líneas de atención telefónica y/o página Web, números de atención gratuitos, de tal modo que la prestación de los servicios contratados se realice de manera directa rápida y eficaz entre el adjudicatario y los asegurados.

5.3 Guía medica

Aportación de la Guía Medica de la entidad a cada uno de los asegurados dentro del mes siguiente al de su incorporación a la póliza.

5.4 Equipo humano

El adjudicatario dispondrá de una distribución de efectivos acorde con la asistencia que tiene que facilitarse, teniendo en cuenta una distribución aproximada de un 70% del total en Las Palmas de Gran Canaria, un 20% en municipios del Sur de Gran Canaria, y un 10% en municipios del Norte y centro de La Isla:

Los conciertos o contrato entre el adjudicatario y los profesionales que integrarán el cuadro sanitario y con los centros, estarán formalizados con anterioridad al inicio de la ejecución del contrato.

Obligación de mantener durante toda la vigencia del contrato, el número de sanitarios y centros asistenciales concertados detallado en la proposición (pueden variar los centros asistenciales o los especialistas, pero debe mantenerse como mínimo el mismo número ofertado), en ningún caso podrán ser inferior a 3 Centros Hospitalarios de primer orden en la Provincia de Las Palmas y un cuadro de especialistas en la Provincia de Las Palmas con un mínimo de 50 médicos.

5.5 Información y memoria

El adjudicatario elaborará periódicamente, al menos cada seis meses, sobre los servicios prestados con motivo del objeto de esta contratación y la hará llegar al CEGC.

6.- ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y PERIODOS DE CARENCIA:

El contrato suscrito carecerá de exclusiones derivadas de enfermedades preexistentes o periodos de carencia, de la obligación de presentar declaraciones de salud previas al ingreso en el colectivo, así como del copago de las prestaciones básicas, a excepción de lo establecido en el apartado 3.5.

7.- PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y ACREDITACIÓN:

7.1 Incorporación

Las incorporaciones a la cobertura de titulares y beneficiarios procederán conforme a los siguientes criterios:

- a) Titulares: los empleados y beneficiarios, que tengan derecho de acuerdo con el convenio colectivo en vigor, a la asistencia sanitaria entrarán en cobertura de forma inmediata y para la totalidad del personal que configura el grupo asegurado, fuera cual fuese su situación laboral en ese momento, en alta laboral, en incapacidad temporal, en situación de suspensión del contrato debido al

agotamiento del tiempo máximo de incapacidad temporal, etc.. En cuanto a la administración del contrato el efecto será desde el día primero del mes siguiente al alta. El cese en la cobertura de la asistencia sanitaria procederá el último día del mes en que se produzca el cese en el CEGC.

- b) Beneficiarios: a partir del día de la acreditación completa de los requisitos para su inclusión como tales y procederá el inicio de efectos en los mismos términos del apartado anterior.

7.2 Nuevas incorporaciones

Sólo se podrán incorporar beneficiarios con posterioridad al inicio de ejecución del contrato cuando sea sobrevenida la circunstancia de matrimonio, unión de hecho y/o nacimiento de hijos.

En todo caso, la inclusión de cualquier beneficiario en el contrato, supondrá el compromiso de permanencia hasta la finalización del mismo.

En el caso de inclusión de nuevos asegurados, durante la vigencia de la póliza, el CEGC facilitará relación del/de los mismos/s, de forma que, el adjudicatario procederá a incluirlos mediante un Suplemento, entregando al nuevo asegurado su correspondiente Tarjeta sanitaria con efectos hasta el vencimiento de la póliza.

La adhesión de los nuevos titulares, será automática en el momento de toma de efecto del contrato laboral y se llevará a cabo sin necesidad ni exigencia de cumplimentación de boletines de adhesión y/o declaración de salud.

Tendrán la consideración de titulares y beneficiarios de la asistencia, aquellos que figuren en las relaciones nominales que sean facilitadas por el CEGC, así como en las modificaciones que se comuniquen por la misma durante el plazo de ejecución del contrato.

7.3 ERRORES U OMISIONES ADMISNITRATIVAS :

La póliza quedará regulada en cuanto a sus altas y bajas de asegurados por TC 2 de la seguridad social o similar. En caso de siniestro de un empleado que, por error u omisión, no figurará en el listado de asegurados de la póliza o que no hubiere sido comunicada su alta, será prueba suficiente una certificación de su pertenencia al grupo asegurado expedida por el CEGC, procediéndose a abonar la prima correspondiente. Lo mismo ocurrirá para los Beneficiarios en el caso de que existiese un error administrativo en el alta/ baja de los mismos por parte de la Administración del CEGC.

7.4. REGULARIZACIÓN.

Una vez finalizado el mes se procederá a regularizar las altas y bajas producidas

durante el mes anterior, para lo cual el CEGC se compromete a entregar una relación con los asegurados, en la que se especificará "Nombre, Fecha de alta y de baja en la póliza (si procede)".

Con esta información la compañía aseguradora emitirá un recibo adicional que recogerá un cargo por las nuevas incorporaciones y un abono por las bajas. Tanto el cargo como el abono se realizarán por prorrata sobre la prima anual.

8.- DIMENSIONAMIENTO Y PRECIOS

8.1 Dimensionamiento y características

A los efectos de poder abordar el cálculo de los importes se mencionan los siguientes indicadores del equipo humano a incluir:

INDICADOR	Cuantificación
Nº de Titulares iniciales	235
Nº de beneficiarios previstos inicialmente	262
Total titulares y beneficiarios	497
Edad media de titulares	34 años
Número de mujeres (aproximado)	136
Número de hombres (aproximado)	221
Edad media de cónyuges o parejas beneficiarias (aproximado)	31 años
Número de hijos (aproximado)	140
Edad media hijos	

La Compañía Aseguradora debe tener en cuenta que el Acuerdo de Condiciones de Trabajo en su artículo 19.1 recoge textualmente :

"El CEGC contratará un seguro médico del que serán beneficiarios los funcionarios de carrera del Consorcio y los funcionarios interinos con una antigüedad superior a un año en el Consorcio, además de los miembros de la unidad familiar de cada funcionario.

Este seguro cubre la totalidad de la cuota de los funcionarios, el 50 % de la cuota del cónyuge o pareja y además cubrirá hasta dos hijos con el 50 % de la cuota. A todos los efectos del texto completo de este acuerdo, se reconocerá a las parejas de hecho, como cónyuge o pareja.

No se incluyen en los importes anteriores las ayudas por minusvalía y por nacimiento de hijos, que se mencionan posteriormente”.

Por lo tanto en la realización de los cálculos las Compañías Aseguradoras han de considerar que a pesar de que el CEGC será el Tomador de la Póliza y por lo tanto se hace responsable del pago de la totalidad de la póliza, en realidad solo cubre a través de sus presupuestos el 50% de los costes de los beneficiarios y el 100 % de los titulares, por lo que al importe del presupuesto (página 2 del Clausulado Administrativo) hay que añadir el importe correspondiente al 50% de los costes de los beneficiarios que recaudará el CEGC directamente de los mismos.

8.2 Precio

Se establece un precio máximo por asegurado y mes de **35 euros**.

La proposición económica deberá deducir de la prima neta la totalidad de comisión de mediador, ya sea de agente o corredor, al existir un Corredor/ Asesor del Consorcio de Emergencias de Gran Canaria que será remunerado íntegramente por honorarios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26/2006 , de mediación de seguros y reaseguros privados.

Con el fin de garantizar la eliminación de la comisión de mediador, en beneficio del CEGC, la adjudicataria hará constar en los recibos de prima la ausencia de dicha comisión de mediador

9. ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO Y SERVICIO DE MEDIACION DEL SEGUROS

La prestación al CEGC de los Servicios de Asesoramiento y Mediación de seguros privados así como la posterior asistencia, como asesores, a ésta y a los asegurados se realizará por el asesor de seguros que contrate el CEGC.

Todos los avisos, notificaciones o declaraciones de cualquier índole que se deriven de este contrato serán cursados por el Tomador del Seguro y/o Asegurado a la Compañía Aseguradora por mediación de la Correduría y viceversa.

Por el mero hecho de haber sido recibido tal aviso/declaración/notificación por la Correduría será considerado a efectos de validez contractual como si hubiese sido

efectuado directamente entre las partes. El mismo procedimiento será válido en la tramitación y liquidación de siniestros.

Las Palmas de Gran Canaria, a 23 de febrero de 2011.

LA PRESIDENTA



Encarnación Galván González

DILIGENCIA para hacer constar que el presente Pliego de Prescripciones Técnicas ha sido aprobado por Decreto de la Presidenta con nº de referencia de Asuntos Jurídicos 34/2011.

Doy fe

EL SECRETARIO



Luis Montalvo Lobo

