



**SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA Y
MÉDICA DEL PERSONAL DEL PERSONAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIBERSEGURIDAD DE
ESPAÑA S.A.**

EXPEDIENTE 144/14

PLIEGO DE CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

ÍNDICE

ÍNDICE	2
1. NECESIDAD Y OBJETO DEL CONTRATO	4
1.1. Objeto	4
1.2. Asegurados	4
2. REQUISITOS TÉCNICOS	5
2.1. Elementos personales del contrato	5
2.2. Ámbito territorial de cobertura	5
2.3. Riesgos o coberturas mínimas a garantizar	5
2.3.1 Medicina Primaria	5
2.3.2 Urgencias	6
2.3.3 Especialidades	6
2.3.4 Medios/pruebas de diagnóstico	7
2.3.5 Hospitalización	8
2.3.6 Tratamientos especiales	9
2.3.7 Otros servicios	9
2.4 Riesgos excluidos generales	9
2.5 Condiciones de adhesión	9
2.6 Sistema de administración del contrato	10
3. FORMA DE EJECUCIÓN	11
3.1 Regularización de prima de seguro	11
3.2 Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados	11
3.3 Libertad de elección de médicos	11
3.4 Autorización de prestaciones	11
3.5 CATÁLOGO DE SERVICIOS-RED ASISTENCIAL	12
4. FACTURACIÓN	13
5. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS TÉCNICAS	14
5.1 Datos generales	14
5.2 Formato de la propuesta técnica sujeta a criterios de valoración de juicio de valor	14
6. CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN	16

7. ANEXO I: CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS

17

Nota: Cualquier consulta en relación a este procedimiento de adjudicación debe dirigirse por correo electrónico a la dirección contratacion@incibe.es, indicando:

Asunto: número de expediente.

Cuerpo: nombre de la empresa, datos de la persona que realiza la consulta y texto de la consulta.

El presente documento cumple con las condiciones de accesibilidad del formato PDF (Portable Document Format).

1. NECESIDAD Y OBJETO DEL CONTRATO

1.1. Objeto

El objeto de esta contratación es el que se detalla a continuación: Seguro Colectivo de asistencia sanitaria y médica para todo el personal de la plantilla del Instituto Nacional De Ciberseguridad de España S.A. (en adelante INCIBE) y familiares beneficiarios en las condiciones establecidas en el presente pliego.

Mediante el cobro por parte del asegurador de la correspondiente prima, en la forma y procedimiento establecidos en este pliego, del que traerá causa la póliza que se suscriba, el seguro cubrirá a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado de acuerdo a lo previsto en el apartado 3.1 de este pliego y que cumpla las contingencias mínimas incluidas en el punto 3.3 de este pliego.

1.2. Asegurados

El número inicial de asegurados (empleados y familiares beneficiarios) que inicialmente suscribirán el seguro es de:

- Titulares: 85
- Beneficiarios: 100

No obstante esta cifra es orientativa, por cuanto no se conoce con exactitud el número de personas que integrarán el colectivo a asegurar en el momento de formalizar el contrato y durante la vigencia del contrato a lo largo del año. Por ello el importe real y definitivo del contrato quedará determinado por el número total de asegurados (empleados y familiares beneficiarios) que se aseguren durante el periodo de vigencia del contrato, multiplicado por el importe del precio unitario por la que se adjudique la realización del contrato. Se describe en el anexo I el cuadro de distribución de asegurados a 30 de noviembre de 2014.

La póliza se suscribirá con el colectivo una vez que la adjudicación del contrato sea comunicada por la Sociedad.

2. REQUISITOS TÉCNICOS

2.1. 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: Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación S.A.

Asegurados: el colectivo a asegurar lo componen, la totalidad del personal que preste servicios para el Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación S.A (asegurados titulares) y que voluntariamente se adhiera a la póliza que se contrate y ello con independencia de su estado de salud al emitir la póliza

Igualmente tendrán la condición de asegurados aquellos familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) del empleado (asegurados beneficiarios).

En todo caso, los familiares beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan y siempre que se mantengan las circunstancias para ser considerado como beneficiario del titular correspondiente, y causarán baja con la misma fecha de efectos que éste.

Se entiende incluidas en el seguro a las personas que en el futuro, y durante el periodo de vigencia de la póliza, adquieran cualquiera de las condiciones señaladas.

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.

2.2. Ámbito territorial de cobertura

Para la totalidad del colectivo asegurado el ámbito territorial de cobertura de los riesgos se extiende a todo el territorio nacional, con independencia de que los medios sean propios, concertados o subconcertados.

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

2.3. Riesgos o coberturas mínimas a garantizar

El contrato dará cobertura, al menos y con carácter de **mínimos**, a las especialidades y al menos en número indicado por especialidad, las prestaciones y otros servicios, que a continuación se relacionan:

2.3.1. 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.

2.3.2. Urgencias

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

2.3.3. Especialidades

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

- Alergología-Inmunología
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía vascular
- Aparato digestivo (al menos 7)
- Cardiología: prevención del riesgo coronario en personas mayores de 45 años o pacientes con factores de riesgo cardiovascular
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía cardíaca
- Cirugía general y del aparato digestivo incluida la coloproctología
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica y reparadora (excluida la puramente estética)
- Cirugía torácica
- Cirugía artroscópica
- Cirugía ginecológica
- Cirugía de la mama
- Cirugía vascular
- Estomatología
- Dermatología (al menos 3)
- Endocrinología y nutrición
- Geriatría
- Ginecología y Obstetricia: (al menos 10) incluido la asistencia/control del embarazo y parto. Medicina preventiva: revisiones ginecológicas periódicas, incluyendo revisión anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Control y tratamiento de la menopausia. Planificación familiar, control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU y su vigilancia.
- Planificación familiar: colocación del dispositivo intrauterino y su vigilancia.

- Hematología y hemoterapia
- Medicina interna
- Medicina nuclear
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología-Aparato respiratorio (al menos 5)
- Neurocirugía (al menos 2)
- Neurología-Neurofisiología
- Odonto-estomatología: (al menos 15), consultas, curas estomatológicas, extracciones, radiografías y una limpieza bucal anual. Además hasta los 14 años incluirá los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes)
- Oftalmología (al menos 10)
- Oncología médica y Radioterapia
- Otorrinolaringología (al menos 6)
- Psiquiatría (al menos 3)
- Rehabilitación y fisioterapia (al menos 3)
- Reumatología
- Traumatología y ortopedia
- Urología: incluirá consultas y pruebas diagnósticas para la detección precoz de patología prostática a partir de los 50 años, o antes de existir factor de riesgo conocido.

2.3.4. 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, microbiológicos, parasitológicos y anatomopatológicos, citológicos, biológicos y estudios hormonales. (al menos 3)
- Amniocentesis
- Arteriografía digital
- Cobaltoterapia
- Densitometría ósea
- Endoscopia/Fibroendoscopias
- Ergometría
- Hipertemia prostática

- Magnetoterapia
- Nucleotomíapercutánea
- Polisomnografía
- Quimionucleosis
- Radiología de todo tipo: pruebas de radiodiagnóstico, ecografía, mamografía, radiología intervencionista y exploraciones complementarias.
- Resonancia magnética nuclear (al menos 1)
- Tomografía axial computerizada (TAC). Escáner (al menos 1)
- Otros medios complementarios de diagnóstico: doppler cardíaco, ecografías, electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografía, espirometría, hemodinámica vascular, hemodinámica vascular, Holter, gammagrafía, monitorización fetal, citoscopia, colonoscopia, videoendoscopias, medicina nuclear.

Todas aquellas pruebas diagnósticas o terapéuticas, que no figuren en esta relación, o aquellas otras que, por los avances de la técnica, resulten de nueva aplicación para estos fines, serán ofertadas por la aseguradora.

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

2.3.5. 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: con un límite de 60 días por año
- Atención especial en domicilio (atención facultativa y servicios técnico-sanitarios): prescrita por médico de la compañía aseguradora cuando sea necesarios cuidados de índole hospitalaria cubiertos por la póliza que no requieran el ingreso en centro hospitalario.

El servicio de asistencia hospitalaria se prestará siempre en habitación individual, 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.

2.3.6. Tratamientos especiales

- Aerosolterapia y ventiloterapia
- Fisioterapeutas (al menos 3)
- Diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)
- Isótopos radioactivos
- Litotricia renal y biliar
- Logofoniatría
- Oxigenoterapia
- Psicología y psicología infantil: hasta un límite de 20 sesiones por asegurado y año.
- Podología: hasta un límite de 8 sesiones por asegurado y año.
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Rehabilitación
- Transfusiones de sangre y/o plasma
- Trasplantes

2.3.7. Otros servicios

- Ambulancias y transporte sanitario
- Asistencia en el extranjero
- Prótesis

2.4. Riesgos excluidos generales

Se indicarán claramente, en términos que no generen dudas, los supuestos que queden excluidos de las garantías de la póliza.

2.5. Condiciones de adhesión

Por tratarse de una póliza objetiva, tanto en lo que se refiere a los elementos subjetivos que la integran (la totalidad de los empleados de INCIBE y familiares beneficiarios) como en lo referente a las garantías y coberturas (iguales para la totalidad del colectivo asegurado), no existen condiciones de adhesión a seguro de ninguna clase en el traspaso del colectivo existente a la compañía adjudicataria, sin necesidad de exigencia de cumplimentar boletines de adhesión y/o declaraciones o cuestionarios de salud previos.

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

INCIBE comunicará puntualmente al asegurador las altas y bajas de los asegurados: empleados y beneficiarios, que se produzcan durante el periodo de vigencia de la póliza.

Para las nuevas altas el adjudicatario podrá solicitar la cumplimentación de cuestionarios de salud, pero en ningún caso podrá negarse a admitirlo como parte del colectivo asegurado y en las mismas condiciones que este.

El seguro cesará en el momento en que el empleado asegurado finalice su relación laboral con INCIBE por cualquier causa.

No existirá período de carencia alguno para ninguna de las prestaciones mínimas detalladas en el apartado 2.3. de este pliego.

Los asegurados (empleados y beneficiarios) no participarán en el coste de los servicios, sin aplicación de copago de ninguna clase.

En la póliza no existirá ninguna limitación en cuanto a enfermedades preexistentes (enfermedades conocidas antes de la fecha de contratación del seguro), que quedarán incluidas y deberán ser cubiertas.

Si la oferta contempla cualquier exclusión 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.

2.6. Sistema de administración del contrato

La entidad aseguradora adjudicataria aceptará, a la firma del contrato, la totalidad del colectivo asegurado que lo haya estado anteriormente mediante póliza vigente y anterior a la entrada en vigor de la que se licita, con el único requisito de la certificación expedida por INCIBE 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 durante los 10 primeros días de vigencia del contrato, la siguiente documentación para el asegurado:

- a) Información relativa a las condiciones generales y particulares de la póliza.
- b) 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.
- c) Tarjeta sanitaria personal acreditativa de los servicios frente a los profesionales y centros concertados.

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.

La adjudicataria deberá aportar al tomador, datos estadísticos e información de siniestralidad con al menos periodicidad anual.

3. FORMA DE EJECUCIÓN

3.1. Regularización de prima de seguro

Se producirán regularizaciones mensuales, para lo cual el Tomador remitirá las oportunas comunicaciones (altas/bajas) con todos los movimientos registrados durante cada mensualidad y la fecha de los mismos.

El reajuste económico resultante de las altas y las bajas dará lugar a un recibo de prima o extorno, que será presentado al Tomador para su regularización al final de cada mensualidad. Será el resultado de los movimientos de altas y bajas que se hayan producido durante ese periodo, y que no obstante tomarán efecto en la fecha de su comunicación, percibiendo o devolviendo la entidad aseguradora la parte proporcional de prima correspondiente al periodo de seguro existente entre la fecha del alta/baja y la fecha del próximo vencimiento, para lo que el Tomador habrá comunicado oportunamente las altas/bajas del periodo.

3.2. 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 determina en este pliego y que se trasladará al 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 asegurados se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en la que finalice su relación laboral con el Tomador del seguro.

3.3. Libertad de elección de médicos

Los asegurados podrán acudir libremente y a su elección, a los médicos de medicina primaria 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.

3.4. 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.

3.5. 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 en León (ciudad y provincia) y Madrid (ciudad y provincia), debiendo disponer también de los Catálogos de otras provincias para casos de desplazamiento.

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. En cualquier caso, la aseguradora deberá remitir en el mes de diciembre un número razonable de Catálogos de servicios de las provincias de León y Madrid, al domicilio del Tomador.

4. FACTURACIÓN

La facturación del Servicio se llevará a cabo *mensualmente, conforme a los trabajos de efectivamente realizados una vez finalizados estos* y previa conformidad de INCIBE.

Se deberá cumplir con lo previsto en el apartado 18.1 del Pliegos de Características Generales.

5. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS TÉCNICAS

5.1. Datos generales

La presentación de la documentación para su admisión como licitador supone la aceptación de lo dispuesto en la [Instrucción de Contratación de la Sociedad](#) incluida en el Perfil de Contratante y publicada en la web, así como todas las disposiciones del presente Pliego.

Toda la documentación que se presente por los licitadores deberá estar redactada en castellano, salvo los supuestos que hayan podido especificarse en este Pliego de Características Técnicas. En caso de que se presentasen en lengua distinta deberá presentarse la correspondiente traducción oficial a la lengua castellana primando esta última en caso de duda o discrepancia.

De todos los datos que se aporten por el licitador, INCIBE podrá exigir la correspondiente justificación documental o aclaraciones antes de la adjudicación, condicionando ésta a que dicha justificación o aclaraciones sean suficientes a juicio de la Sociedad.

5.2. Formato de la propuesta técnica sujeta a criterios de valoración de juicio de valor

El licitador deberá aportar su oferta de seguro que contendrá al menos: condiciones generales particulares y especiales, elementos personales del contrato, características del contrato, riesgos cubiertos, ámbito territorial de cobertura, riesgos excluidos, condiciones de adhesión al contrato, sistema de administración del contrato, de gestión y tramitación de siniestros.

No serán tomadas en consideración las propuestas que no cumplan con los requisitos mínimos requeridos en este pliego: riesgos o coberturas (apartado 2.3) y condiciones de adhesión (apartado 2.5).

- a) **Catálogo de servicios (red asistencial):** Se describirá la calidad de los servicios ofertados, su distribución, cantidad, accesibilidad en cuanto al cuadro médico ofertado.

Para la valoración de la calidad de los servicios ofertados, su distribución, cantidad, accesibilidad en cuanto al cuadro médico ofertado, el licitador deberá recoger en su oferta:

- El número de centros hospitalarios disponibles, aportando relación detallada en León ciudad en fichero formato Excel.
- En el caso del cuadro médico, el número de facultativos concertados en la ciudad de León, aportando relación detallada con el criterio de especialidad en fichero formato Excel.
- Facilidad para incorporar nuevos facultativos al cuadro médico concertado.

- b) **Sistema de administración del contrato, de gestión y tramitación, autorización de prestaciones:** Se describirán las medidas que permitan la atención de los asegurados y el tomador del seguro. En concreto se incluirá la disponibilidad del personal encargado de la ejecución, la existencia de delegaciones abiertas en los lugares de prestación de los servicios, horarios de las oficinas y atención a los usuarios del servicio, teléfonos de atención permanente, y en general cualquier medio que permita una conexión permanente y atención inmediata en caso de necesidad.

Se valorarán en este apartado los siguientes:

- Asignación real de personal técnico y de gestión del adjudicatario, para los procedimientos operativos y de información a los asegurados (autorización de prestaciones, tarjetas personalizadas, números de atención gratuitos, resolución de incidencias, conflictos, facturación, etc).
- Eliminación o menor número de pruebas o tratamientos en los que sea necesaria autorización previa. Se aportará relación detallada de las pruebas indicando respecto a cada una si es necesaria o no (si/no) autorización previa.
- Se explicará para las que requieran autorización previa, la posibilidad de poder realizarla telefónicamente, por fax y/o internet. Para ello se aportará relación detallada de las pruebas en que sea necesaria, y en cada caso la manera de obtenerla.

- c) **Mejoras:** Se podrán realizar propuestas de servicios no incluidos en los requisitos del presente Pliego y que puedan resultar útiles o convenientes para la ejecución del objeto del contrato siempre que recaigan sobre los siguientes aspectos relacionados con el objeto del contrato. Se detallarán las siguientes:

- Coberturas y prestaciones o servicios adicionales.
- Mejora prestaciones odontológicas.

El importe de estas mejoras estará necesariamente incluido en el precio unitario ofertado.

6. CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN

La oferta económicamente más ventajosa se determinará según los criterios de valoración recogidos en el anexo VI del Pliego de Características Generales.

7. ANEXO I: CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS

Grupo Asegurable: a 30/11/14

Empleados

Beneficiarios

Edad	Varones	Mujeres	TOTAL		Edad	Varones	Mujeres	TOTAL
De 0 a 5					De 0 a 5	16	18	34
De 6 a 10					De 6 a 10	6	6	12
De 11 a 15					De 11 a 15	2	7	9
De 16 a 20					De 16 a 20	1		1
De 21 a 25	1		1		De 21 a 25			
De 26 a 30	8	3	11		De 26 a 30	1	3	4
De 31 a 35	26	8	34		De 31 a 35	5	13	18
De 36 a 40	9	3	12		De 36 a 40	3	8	11
De 41 a 45	15	6	21		De 41 a 45	4	6	10
De 46 a 50	3	2	5		De 46 a 50		1	1
De 51 a 55	1		1		De 51 a 55			
TOTAL	63	22	85		TOTAL	38	62	100

León a 02 de diciembre de 2014

Director General

Instituto Nacional de Ciberseguridad de España, S.A.