



**MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN DE UN SERVICIO
DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN**

Esta memoria justificativa se elabora para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 28 y 116 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, en adelante LCSP.

1. NECESIDAD QUE SE PRETENDE CUBRIR CON EL CONTRATO PROYECTADO

El Convenio Colectivo de aplicación a las personas que están vinculadas laboralmente con el Instituto Tecnológico de Aragón, recoge, en su artículo 28.- Acción Social-, que se fijarán por la Comisión de Acción social, las actuaciones a realizar durante la vigencia del convenio, siendo para ello destinado anualmente un porcentaje *“hasta el 0,65% de la masa salarial, equivalente a las retribuciones fijas, sin incluir costes salariales, del personal contratado en el Instituto a fecha 1 de enero del año en curso.”*

Adicionalmente, el Instituto Tecnológico de Aragón tiene implementada una política de retribución flexible cuyo principal objetivo es que las personas trabajadoras de ITA que lo deseen puedan acogerse y beneficiarse de las ventajas tanto fiscales como de cotización a la Seguridad Social que los productos o servicios en ella incluidos ofrecen.

Esta Política permite a las personas trabajadoras, mediante su adhesión al mismo, novar su esquema retributivo mediante la sustitución de una parte de su salario en metálico por su equivalente en salario en especie, con los límites y criterios establecidos por el Estatuto de los Trabajadores y demás legislación aplicable.

El Instituto Tecnológico de Aragón, dentro de su política de retribución flexible y dentro de las acciones incluidas en acción social, tiene acordado como uno de sus productos la concertación y la oferta del producto de servicio de asistencia sanitaria.

Este contrato pretende cubrir la prestación de una asistencia sanitaria de las personas vinculadas a través de una relación laboral con el Instituto Tecnológico de Aragón, así como, para sus beneficiarios (cónyuge, pareja de hecho e hijos) en el marco de lo establecido legalmente para la concertación voluntaria por parte de la persona vinculada con ITA.



2. OBJETO DEL CONTRATO. DEFINICIÓN Y ALCANCE O CONTENIDO

El objeto del presente contrato es la contratación, por parte del Instituto Tecnológico de Aragón, de un seguro médico colectivo de asistencia sanitaria con destino a los siguientes colectivos:

- Colectivo A. que son las personas trabajadoras del ITA: Total personas aseguradas: 145.
- Colectivo B. Beneficiarios de las personas trabajadoras del ITA que son: Cónyuge, pareja de hecho y descendientes: Total personas aseguradas: 131.

El número total de personas aseguradas indicado en este apartado es orientativo, por cuanto no se conoce con exactitud las personas que integrarán los colectivos en el momento de formalizar el contrato y durante la vigencia del mismo, debido, por un lado, a que el número de personas beneficiarias indicado en los dos colectivos dependerá de los asegurados que voluntariamente cada persona trabajadora quiera incluir, y por otro, a la fluctuación de altas y bajas que se pudieran producir.

Para todos los colectivos asegurados la cobertura se extenderá a todo el territorio nacional y, también al extranjero.

El contrato contemplará la cobertura de al menos, y con carácter de mínimos, la asistencia médica, tanto la primaria como la de especialidades, asistencia quirúrgica y hospitalaria, medicina preventiva, medios de diagnósticos y los servicios que se determinen en el pliego de prescripciones técnicas, sin que exista, en la concertación inicial, ningún tipo de periodo de carencia para ningún colectivo ni para ninguna de las prestaciones, ni tampoco se podrá aplicar copago alguno por los servicios sanitarios prestados.

La asistencia será de libre elección para la persona asegurada dentro del cuadro de médicos de familia, especialistas y centros sanitarios hospitalarios, propios o concertados por la aseguradora, quien deberá comprometer expresamente el mantenimiento del cuadro propuesto y aceptado, con el mismo grado de intensidad, número y similar preparación durante toda la vigencia del contrato.

En cuanto al ámbito temporal, la cobertura debe prestarse durante las 24 horas del día, todos los días del año (24x7).

Por todo lo anterior, el objeto del presente contrato es el idóneo para cubrir las necesidades y requerimientos del Instituto Tecnológico de Aragón, en estricto cumplimiento del artículo 28 de la LCSP, obteniendo con el mismo la ventaja de facilitar, tanto a las personas vinculadas contractualmente con el ITA como a sus familiares, un servicio de salud añadido que pueda



ahondar en un mejor estado de salud y bienestar de los mismos y, por ende, redundar positivamente en la propia actividad de ITA en el cumplimiento de sus fines.

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del contrato se fija en un **periodo de 1 año**, contados desde las 00:00 horas del 7 de octubre de 2024 (fecha siguiente a la del vencimiento del actual contrato de seguro suscrito por ITA, esto es, el 6 de octubre de 2024) y terminará a las 24:00 horas del 6 de octubre de 2025, considerando dicho plazo suficiente y adecuado para la ejecución del contrato de referencia.

En el caso de que la vigencia del contrato no se inicie en la fecha indicada anteriormente, se mantendrá inalterable el periodo de duración inicial del contrato de un año comenzando la vigencia del mismo desde la fecha de su formalización.

4. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

El valor estimado de este contrato se ha determinado atendiendo a los siguientes conceptos:

- EL PRESUPUESTO BASE DE LICITACIÓN previsto para el presente contrato con una duración inicial de 1 año asciende a la cuantía de CIENTO SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO EUROS, (172.224,00 €).

Este importe está exento de IVA a tenor del artículo 20. Uno 16º de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre del Impuesto sobre el Valor Añadido.

Asimismo, se entienden incluidos todos los gastos, tasas, recargos, comisiones e impuestos que graven la actividad contratada, así como cualquier otro gasto que el adjudicatario deba realizar para el normal cumplimiento de las prestaciones contratadas, o cualquier factor de valoración que se devengue por razón del contrato.

Dicho presupuesto se ha calculado en base a:

- A la prima pagadera según señala el artículo 101.11 a) de la Ley Contratos del Sector Público (LCSP) en los servicios de seguros.
- El precio unitario máximo de licitación de la prima de seguro por persona en función de los colectivos incluidos en el objeto del contrato sobre los que los licitadores deberán presentar su mejor oferta.
- Estimación del colectivo asegurable.
- Se ha estimado la duración de vigencia inicial de 1 AÑO.



Para la determinación del precio de la prima mensual del seguro se han tenido en cuenta las coberturas que ofrecen las compañías para pólizas colectivas de retribución flexible, con más de 280 personas beneficiarias de la póliza, y en base a los datos de la pirámide de edad de la póliza actualmente disponibles por ITA, estimándose un precio mes/beneficiario de 52 euros mes/asegurado, sin que existan copagos ni se pueda facturar separadamente otros gastos.

Para la elaboración del presupuesto base de licitación se ha tenido en cuenta que el colectivo total (A+B) está compuesto, a fecha 15 julio de 2024, por 276 personas aseguradas: 145 personas con relación laboral (colectivo A) y 131 familiares (colectivo B).

La estimación de número de asegurados establecida para el cálculo del presupuesto base de licitación no supone, en ningún caso, compromiso de gasto alguno para el ITA, estableciéndose a los únicos efectos de cálculo, por lo que el precio a abonar al adjudicatario será la correspondiente a los asegurados que sean efectivamente objeto de aseguramiento.

En el cálculo de la tarifa de licitación se ha analizado las anteriores licitaciones tramitadas por el ITA, expedientes: ITAINNOVA 03_2022 e ITA_2024_20 relativa a la contratación de la prestación de una póliza colectiva de similares características a la que ahora se contrata.

En el expediente de contratación ITAINNOVA 03_2022 la tarifa de licitación se fijó en 45,00 euros mes/persona asegurada, siendo el precio unitario adjudicado de 42,00 euros mes/asegurado

En el expediente de contratación ITA 2024_20 que ha quedado desierto, el precio unitario máximo de licitación se estableció en 52,00 euros mes/persona asegurada, siendo el precio unitario ofertado por el licitador de 47,00 euros mes/persona asegurada.

Conforme a lo anterior, y considerando que las coberturas que ofrecen las compañías para pólizas colectivas de retribución flexible con más de 276 personas beneficiarias de la póliza oscilan entre 48 – 60 euros mes/persona asegurada, y en base a los datos de siniestralidad de la póliza que tenemos actualmente, se ha establecido una tarifa de 52,00 euros mes/asegurado en la presente licitación por considerar que es precio adecuado a los precios de mercado para el efectivo cumplimiento del contrato, sin existir copagos ni facturación separada de otros gastos.

La forma de determinación del precio es la de precios unitarios, por tanto, el importe de adjudicación se basará en función de los precios unitarios ofertados por el adjudicatario.

De acuerdo con los datos anteriores, multiplicando el precio unitario de la prima por el total de asegurados estimados por un año de duración inicial del contrato, resulta un importe de



presupuesto máximo de licitación de 172.224,00 euros IVA exento¹, sin que, en ningún caso, sea un compromiso con la adjudicataria el gasto de la totalidad de dicho importe.

Al estar el precio fijado por precios unitarios, y siendo el importe total indeterminado, el gasto efectivo está condicionado por las necesidades reales de ITA y, por tanto, no queda obligada a demandar una determinada cuantía de unidades, ni a gastar la totalidad del presupuesto.

A tenor de los artículos 100.2 y 309.1 de la LCSP en los contratos donde el precio se determina como precio unitario, como es este caso, el desglose del presupuesto habrá de ser por las unidades de precio, sin necesidad ni obligación de desglosar costes directos, indirectos ni gastos eventuales para determinar unos precios cuyos importes le vienen dados y determinados por los de mercado.²

No obstante, nada impide a que puedan desglosarse los costes indirectos, gastos generales y beneficio industrial. Dicho desglose de costes se ha determinado a partir de los informes de ratios sectoriales que proporciona la Central de Balances del Banco de España 2022 atendiendo a los datos del sector de actividad CNAE: Q862 – ACTIVIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS.

COSTES DIRECTOS	
Costes directos,	118.432,31 €
Total	118.432,31 €
COSTES INDIRECTOS	
Gastos generales de estructura	37.998,75 €
Beneficio industrial 9,17%	15.792,94€
Total	53.791,69 €
Otros eventuales gastos calculados	0,00 €
Costes salariales estimados a partir del convenio laboral de aplicación en contratos en los que sea relevante la mano de obra, si existen	0,00 €
TOTAL	172.224,00 €

¹ (52 euros/mes por persona x 12 meses) x 276 personas aseguradas a 15 de julio de 2024= 172.224 euros.

² Resoluciones nº 633/2019, del 13 de junio, nº 177/2020, de 6 de febrero, nº 80/2022, de 20 de enero y nº 170/2023, de 17 de febrero. del TACRC.



- EVENTUALES PRÓRROGAS. – No se prevén eventuales prórrogas.
- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO. - El contrato podrá ser modificado por altas de los asegurados que se produzcan durante el plazo de duración del contrato. De acuerdo con el artículo 209 LCSP, se prevé la posibilidad de modificación del contrato sin que ello suponga alterar la global naturaleza del contrato inicial. El límite máximo de esta modificación asciende a VEINTICINCO MIL OCHOCIENTAS TREINTA Y TRES CON SESENTA (25.833.60) EUROS, correspondiente al 15 % del precio inicial del contrato.

De acuerdo con lo anterior, el VALOR ESTIMADO del presente contrato es CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y SIETE EUROS CON SESENTA CENTIMOS DE EURO (198.057,60 €) IVA exento:

Presupuesto base de licitación máximo	172.224,00 €
Presupuesto máximo posible modificación 15%	25.833,60 €
VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO	198.057,60 €

5. LA CLASIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

De acuerdo con el artículo 77.1 b) de la LCSP para los contratos de servicios no será exigible la clasificación, si bien el empresario podrá acreditar su solvencia indistintamente mediante el cumplimiento de los requisitos específicos detallados en los pliegos de acuerdo con los artículos 87 y 90 de la ley o bien mediante su clasificación en el grupo o subgrupo de clasificación y de categoría mínima exigible siempre que el objeto del contrato esté incluido en el ámbito de clasificación de alguno de los grupos o subgrupos vigentes.

Dado que el objeto de este contrato no está incluido dentro del ámbito de clasificación en términos de grupo o subgrupo, los criterios de solvencia se establecen por referencia a lo contemplado en los artículos 87 y 90 de la Ley.

6. JUSTIFICACIÓN NO DIVISIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO EN LOTES

El objeto del contrato es, en sí mismo, la prestación de asistencia médica con una cobertura amplia, tanto por la prestación a realizar, como por el colectivo destinatario. Por tanto, se trata de un servicio de atención a la salud de la persona que ha de ser integral y total.



En consecuencia, la división en lotes de este contrato de servicios podría llevar a una ineficiente prestación del servicio debido a la diferencia en especialidades, coberturas o alcance de servicio de diferentes prestatarios o bien incluso a una desigualdad del servicio entre personas destinatarias, trabajadores o familiares de estos, de difícil justificación en cuanto a la prestación del servicio. La prestación debe garantizar que todos los beneficiarios tengan idénticas coberturas, garantizando la igualdad entre los mismos.

No resulta coherente ni eficiente dividir el objeto del contrato en lotes de manera que ciertas compañías oferten unas determinadas contingencias, patologías y otras no o distintas, cuando de lo que se trata es de obtener un servicio de atención a la salud completo y que todas las personas beneficiarias disfruten del mismo seguro médico garantizando la igualdad de las prestaciones.

7. JUSTIFICACIÓN ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El artículo 318.b) de la LCSP señala que los contratos de obras cuyo valor estimado sea igual o superior a 40.000,00 euros e inferior a 5.538.000 euros y los contratos de servicios y suministros de valor estimado superior a 15.000 euros e inferior a 221.000 euros, se podrán adjudicar por cualquiera de los procedimientos establecidos en la Sección 2ª del Capítulo I del Título I del Libro II de la presente Ley, con excepción del procedimiento negociado sin publicidad que únicamente se podrá utilizar en los casos previstos en el artículo 168.

El precepto establece el régimen jurídico aplicable a la adjudicación de los contratos de los poderes adjudicadores que no tienen la condición de Administración Pública como el ITA, permitiendo la posibilidad de optar por cualquiera de los procedimientos de adjudicación (abierto, restringido, diálogo competitivo, asociación por la innovación) aplicables a las Administraciones Públicas a elección del órgano de contratación, los cuales se podrán utilizar siempre y cuando lo permita el valor estimado del contrato en cuestión, así como sus características y objeto.

El artículo 131.2 de la LCSP indica que *«la adjudicación se realizará, **ordinariamente** utilizando una pluralidad de criterios de adjudicación basados en el principio de mejor relación calidad-precio, y utilizando el procedimiento abierto o el procedimiento restringido...»*

El procedimiento de adjudicación que se propone para esta contratación atendiendo a su objeto, características e importe es el procedimiento abierto, justificándose esta elección por ser uno de los procedimientos ordinarios de adjudicación de libre utilización por los poderes adjudicadores según establece como hemos expuesto el artículo 131.2 de la LCSP. Este procedimiento permite que todo empresario interesado podrá presentar una proposición, quedando excluida toda negociación de los términos del contrato con los licitadores, de ese modo cualquier empresario puede presentarse a la licitación, se consigue concurrencia y la libre competencia entre los licitadores.



Teniendo en cuenta que el valor estimado del contrato es de CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y SIETE CON SESENTA CENTIMOS DE EUROS (198.057,60 €), la adjudicación del contrato denominado SERVICIO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGON objeto de la presente memoria justificativa se realizará mediante procedimiento abierto observando lo dispuesto en la LCSP.

8. JUSTIFICACIÓN CRITERIOS DE SOLVENCIA TÉCNICA O PROFESIONAL Y ECONÓMICA Y FINANCIERA

Para acreditar la solvencia económica y financiera de los licitadores, el criterio elegido es:

- **Criterio 1. Volumen anual de negocios, o bien volumen anual de negocios en el ámbito al que se refiera el contrato, por importe igual o superior al exigido en el anuncio de licitación y en el Pliego del contrato o, en su defecto, al establecido reglamentariamente.**

Criterios de selección: Volumen anual de negocios del licitador, que referido al año de mayor volumen de negocio de los tres últimos concluidos deberá ser al menos una vez y media el valor estimado del contrato (**297.086,4 euros**).

Se acreditará dicho extremo mediante: Declaración responsable del licitador o por medio de copia de sus cuentas anuales aprobadas y depositadas en el Registro Mercantil, si el empresario estuviera inscrito en dicho registro, y en caso contrario por las depositadas en el registro oficial que deba estar inscrito. Los empresarios individuales no inscritos en el Registro Mercantil acreditarán su volumen anual de negocios mediante sus libros de inventarios y cuentas anuales legalizados por el Registro Mercantil.

Justificación del criterio. - La elección de este criterio establecido entre uno de los medios de acreditación regulados en la LCSP se justifica en que permite garantizar, para la tipología y objeto del contrato al que se refiere esta licitación, que el adjudicatario dispone de los medios y recursos adecuados para llevarlo a cabo, respetando al mismo tiempo el principio de concurrencia y no discriminación en la contratación pública; siendo un criterio proporcional al objeto del mismo.

A su vez, este criterio de solvencia económica y financiera favorece la participación y concurrencia a esta licitación de las PYMES y de cualquier tipología de empresa, independientemente de su estructura financiera y se pretende obtener proposiciones de licitadores que puedan afrontar las prestaciones objeto del contrato sin que sufran problemas económicos o financieros que comprometa la correcta ejecución del contrato. Establecer como criterio económico y financiero, de forma objetiva, otro distinto al seleccionado para este contrato, como sería el del ratio de Activos y



Pasivos o el valor del Patrimonio neto, podría resultar discriminatorio, al ser necesario fijar unos valores "ideales" del ratio objetivos de forma previa, lo que podría dejar fuera de la posibilidad de concurrir a esta licitación a empresas que por sus características, su tipo de negocio, antigüedad de creación, madurez en el mercado, etc., no tengan dichos valores pero sean igualmente solventes económica y financieramente. Por tanto, para determinar la solvencia económica y financiera de una empresa, se podría inducir a error si en su análisis sólo se tiene en cuenta alguno de estos dos ratios, ya que puede haber empresas solventes con ratios menores a los establecidos como ideales en la licitación.

Tratándose de un contrato no sujeto a requisito de clasificación, la ley escoge tres criterios, así como medios para acreditar la solvencia económico-financiera, siendo uno de ellos el que el volumen anual sea al menos una vez y media el valor estimado del contrato si es de duración inferior a un año, resultando ser el más adecuado y proporcional al objeto del presente contrato.

Para acreditar la solvencia profesional o técnica de los licitadores los criterios elegidos son:

- Criterio 1. Relación de los principales servicios o trabajos efectuados durante los tres últimos años

Criterios de selección: Acreditar como mínimo la realización durante 3 últimos años (2) dos servicios de características similares al objeto del contrato que incluya importe, fecha y firma por parte del destinatario, público o privado, de la prestación.

Por características similares al objeto del contrato se entiende póliza colectiva de asistencia sanitaria.

Los servicios efectuados se acreditarán mediante certificados de buena ejecución expedidos o visados por el órgano competente, cuando el destinatario sea una entidad del sector público o cuando el destinatario sea un sujeto privado, mediante un certificado expedido por éste o, a falta de este certificado, mediante una declaración del empresario acompañado de los documentos que acrediten la realización de la prestación.

Justificación del criterio: Se ha tenido en cuenta el nivel de complejidad del contrato, el cual requiere de conocimientos y experiencia previa en asistencia técnica médico-sanitaria, adquiriendo por ello relevancia la experiencia de la empresa en ejecución de contratos similares. De este modo, la elección de este criterio se justifica en poder comprobar por parte de ITA que los licitadores disponen de experiencia y conocimiento suficiente y adecuado en la prestación de un servicio de cobertura médico asistencial, además de permitir asegurar la existencia de un nivel de calidad adecuado del servicio.



****En caso de empresas de nueva creación por tener una antigüedad inferior a cinco años, su solvencia técnica.**

De acuerdo con lo expresado en el art. 90.1 h) LCSP, el criterio de selección: Declaración indicando el equipo técnico del que se dispondrá para la ejecución de los trabajos, a la que se adjuntará la documentación acreditativa pertinente cuando le sea requerido por los servicios dependientes del órgano de contratación.

Los licitadores deberán contar para la ejecución del servicio con al menos el siguiente personal técnico: 1 Responsable de cuenta, 1 Administrativo y 1 Responsable de atención al cliente, debiendo ser personas distintas.

Dicha solvencia técnica se acreditará mediante una declaración responsable firmada por el licitador o su representante en la que se indique dicho personal junto con su cargo y su experiencia.

Justificación del criterio: Con el presente criterio se pretende asegurar que el licitador, a pesar de ser de reciente creación, dispone de suficiente de una estructura adecuada para la realización de una correcta prestación.

9. JUSTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN DE LOS CONTRATOS

Para la valoración de las proposiciones, con el fin de conseguir la mejor oferta calidad-precio y atendiendo a la vinculación con el objeto del contrato, se justifica la elección de los siguientes criterios de adjudicación:

RESUMEN CRITERIOS

Nº ORDEN	CRITERIO	Puntuación máxima
1	Prestaciones médico-asistenciales adicionales a las contempladas en el PPT	55
2	Oferta económica	10
3	Cobertura de reembolso de consultas	10
4	Asistencia en viaje. Amplitud de la Cobertura	10
5	Prestación de servicios en centros de reconocido prestigio	10
6	Indemnización diaria por hospitalización fuera del cuadro médico ofertado por compañía adjudicataria.	5

**Criterio 1.- Prestaciones médico-asistenciales adicionales a las contempladas en el PPT:
MÁXIMO 55 PUNTOS**



1.1.- FARMACIA 60% DE LA FACTURA MEDICAMENTOS (LIMITE 300€ POR PERSONA ASEGURADA Y AÑO).

Se valorará, con **10 puntos**, si se ofrece el reembolso del 60% de cada factura de medicamentos hasta un límite de 300 euros por persona asegurada y año. El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación.

--Justificación. - Resulta más beneficioso económicamente para las personas trabajadoras dado que hay medicamentos de muy elevado coste, que se lograría minorar si hay una parte financiada por la compañía, además reciben una atención sanitaria más completa.

1.2.- COBERTURA ODONTOLÓGICA. OFERTAR LA PÓLIZA DENTAL

Se valorará, con **3 puntos**, si se ofrece póliza dental. El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación.

--Justificación. - El seguro dental es solicitado por gran número de personas trabajadoras y sus familiares. Con la presente mejora queda reforzada la cobertura del Seguro médico con cobertura odontológica altamente demandada por el colectivo de la póliza.

1.3.- REHABILITACION Y FISIOTERAPIA, QUIROMASAJE, OSTEOPATÍA, PODOLOGÍA, PSICOTERAPIA, (SIN LIMITE DE VISITAS).

Se valorará siguientes especialidades adicionales ofertadas sin límite de visitas, Se valorará con **18 puntos** si se ofrecen las cinco especialidades sin límite de visitas:

REHABILITACION Y FISIOTERAPIA (sin límite visitas y sin carencia)	..6 puntos
QUIROMASAJE (sin límite de visitas)	1 punto
OSTEOPATÍA (sin límite de visitas)1 punto
PODOLOGÍA (sin límite de visitas)	4 punto
PSICOTERAPIA (sin límite de visitas)6 puntos

--Justificación. - Las Técnicas como la rehabilitación y fisioterapia, el quiromasaje o la osteopatía; medios terapéuticos como la podología, o tratamiento de psicoterapia, supone un plus de calidad al servicio de asistencia sanitaria, por cuanto incrementa el abanico de prestaciones de servicio para el asegurado.



1.4.- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Se valorará, con **6 puntos**, la oferta de una segunda opinión médica ante procesos patológicos graves y complejos, desde un punto de vista diagnóstico o terapéutico, por facultativos fuera del cuadro médico. El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación.

--*Justificación.* - Es muy importante poder facilitar a la persona asegurada una segunda opinión médica fuera del ámbito asistencial de la compañía aseguradora, en el caso de que por la complejidad del proceso se requiera solicitar la consulta de un facultativo especializado, o alta tecnología diagnóstica (ej. Positron emission tomography (PET)) o terapéutica.

1.5.- PRÓTESIS TRAUMATOLÓGICAS/MAMARIAS POR RAZONES MEDICAS sin límites (Cadera y prótesis internas, y prótesis y/o reconstrucción de mamas): Incluida la reconstrucción /simetrización de la mama cotralateral: cuando hay una mastectomía, no sólo la reconstrucción del pecho mastectomizado, también la reconstrucción del pecho sano.

Se valorará, con **6 puntos**, si se ofrece prótesis traumatológicas/mamarias por razones médicas sin límites (cadera y prótesis internas, y prótesis y/o reconstrucción de mamas). El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación.

--*Justificación.* - La oferta por parte del seguro de estos conceptos a los asegurados implica un plus de calidad en la prestación.

1.6.- DIAGNOSTICO CÁNCER DE MAMA/TESTICULAR (BAV, Biopsia; Plataformas genómicas) Y DEL CÁNCER DE PRÓSTATA (Biopsia y tratamiento de cirugía robótica mínimamente invasiva mediante método Da Vinci), cuando su estudio tenga vinculación terapéutica.

Se valorará, con **6 puntos**, si se ofrece diagnóstico cáncer de mama/testicular (BAV, biopsia; plataformas genómicas) y del cáncer de próstata (biopsia y tratamiento de cirugía robótica mínimamente invasiva mediante método da Vinci). El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación

--*Justificación.* - Las citadas prestaciones aseguran un plus de calidad en la prestación del servicio asistencial.

1.7.- CUIDADOS PALIATIVOS. - Cobertura que comprenda la asistencia domiciliaria.



Se valorará, con **6 puntos**, la cobertura que comprenda la asistencia domiciliaria.

. El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación

--*Justificación.* - La oferta de cuidados paliativos es muy valorada por el asegurado ante el déficit existente de esta prestación en las instituciones sanitarias.

Criterio 2.- Oferta económica: MÁXIMO 10 PUNTOS

Se valorarán las ofertas presentadas de acuerdo con la fórmula descrita en el apartado 10 de la presente memoria.

Justificación. El factor precio en cuanto contraprestación que efectuará el Instituto a cambio de la prestación del contratista es, con carácter general uno de los componentes necesarios para conseguir una adecuación de las ofertas y para una comparación de ofertas correcta de cara a la determinación de la mejor oferta, teniendo en cuenta que la contratación pública está en todo caso orientada a la satisfacción, entre otros, del principio de la eficiencia en la selección de la prestación.

Criterio 3. Cobertura de reembolso de consultas médicas. - MÁXIMO 10 PUNTOS

Se valorarán con **10 puntos** la/s oferta/s presentadas que presente el mayor importe anual a reembolsar por asegurado por consultas médicas no incluido en el cuadro médico ofertado. Y se asignará **cero puntos** a las ofertas que presenten el mismo importe de cobertura mínima que el establecido en el PPT para dichos costes y el resto de las ofertas se valorarán de acuerdo con la fórmula descrita en el apartado 10 de la presente memoria.

No se valorarán ofertas que contengan acotaciones, aclaraciones, precisiones o condiciones. No se admitirán cuantías sin límites o indeterminadas, las cuantías han de ser de importes concretos.

--*Justificación.* – Mediante este criterio se pretende mejorar la cobertura mínima anual establecida de reembolso parcial de los gastos de consultas médicas por facultativos, no incluidos en el cuadro médico ofertado por el adjudicatario en tratamientos complejos y específicos o continuidad o seguimiento de un tratamiento ya comenzado.

Resulta más beneficioso económicamente para las personas trabajadoras dado que puede haber consultas de elevado coste, que se lograría minorar si hay una parte financiada por la compañía, además reciben una atención sanitaria más completa.



Criterio 4.- Asistencia en viaje. Amplitud de la Cobertura. - máximo 10 puntos

Se valorará con **10 puntos** a la oferta que presente mayor cobertura para Asistencia en viaje, tanto nacional como en extranjero, Y se asignará **cero puntos** a las ofertas que presenten el mismo importe de cobertura mínima que el establecido en el PPT para dichos costes y el resto de las ofertas se valorarán de acuerdo con la fórmula descrita en el apartado 10 de la presente memoria.

No se valorarán ofertas que contengan acotaciones, aclaraciones, precisiones o condiciones. No se admitirán cuantías sin límites o indeterminadas, las cuantías han de ser de importes concretos.

Justificación, - este criterio conduce, sin duda, a conocer el alcance técnico de la oferta económica de cada licitador, por cuanto la actuación tiene un coste y ver la forma en la que el licitador prestará el servicio por lo que se refiere a medios materiales necesarios a emplear y su adaptación a lo dispuesto en los anexos de las prescripciones técnicas en relación a los servicios de asistencia en viaje tanto a nivel nacional, como en el extranjero.

Criterio 5.- Prestación de servicios en centros de reconocido prestigio, previa prescripción facultativa. - máximo 10 puntos

Se valorará con **10 puntos** a la/s oferta/s que incluyan todos los centros hospitalarios considerados como de reconocido prestigio que se relacionan El no ofrecimiento de ninguno de estos centros conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación, el resto de las ofertas se valorarán en función del centro hospitalario ofrecido por la compañía y de acuerdo con la siguiente puntuación:

6.- Prestación de servicios en los siguientes centros de reconocido prestigio, previa prescripción facultativa	10 puntos
Clínicas Universitarias de Navarra (Navarra y Madrid)	3
Clínicas Quirón Madrid	2
Clínica Barraquer	1
Clínica Teknon	2
Clínica Rúber Internacional	2



Justificación. -Este criterio es una mejora a este servicio en cuanto supone una amplitud de coberturas a las exigidas en el pliego de prescripciones técnicas al permitir a los asegurados disponer de estas clínicas consideradas de centros más relevantes y de referencia en nuestro país, garantizando de esta manera la calidad en el servicio ofrecido además de que permite al usuario que ante enfermedades diagnosticadas como graves pueda desplazarse a estos hospitales de reconocido prestigio para tener una valoración y un tratamiento más especializado.

Criterio 6.- Indemnización diaria por hospitalización fuera del cuadro médico ofertado por la compañía adjudicataria. - máximo 5 puntos

Se valorará con **5 puntos** las proposiciones que oferten una indemnización diaria de 70, 00 euros por hospitalización fuera del cuadro médico (con un límite de 2.100,00 euros por asegurado y año), tanto nacional como en el extranjero. El no ofrecimiento de esta prestación conllevará la asignación de **cero puntos** en este criterio de adjudicación.

Justificación - Con este criterio se pretende contribuir a una mejora económica y de calidad en el servicio de asistencia sanitaria para el asegurado al garantizarle el pago de una indemnización diaria por hospitalización en centros distintos a los propios o concertados de la compañía aseguradora adjudicataria, durante el período que el asegurado se encuentre totalmente incapacitado para realizar su actividad diaria como consecuencia de una enfermedad contraída o accidente sufrido.

10. JUSTIFICACIÓN ELECCIÓN FÓRMULAS

Criterio 2.- Oferta económica: MÁXIMO 10 PUNTOS

La fórmula que se propone para valorar la oferta económica es la siguiente:

$$P = \text{Puntuación max} \times \left(\frac{Pl - Pi}{Pl - Pmin} \right)$$

- P = puntuación obtenida para la oferta y en concepto de valoración del precio.
- Pl= Presupuesto de licitación.
- Pi= Precio oferta a valorar
- Pmin = Precio de la oferta más baja de las presentadas

Justificación: Esta fórmula es una fórmula proporcional pura que parte del presupuesto de licitación como punto de referencia y que permite asignar la máxima puntuación a la oferta



más económica de las admitidas en la licitación. La puntuación atribuida a las distintas ofertas es proporcional a la reducción del presupuesto base de cada una.

Criterio 4. Cobertura de reembolso de consultas. - MÁXIMO 10 PUNTOS

La fórmula para la valoración de la cobertura de reembolso de consultas es la siguiente:

$$P = p * (Ov/MO)$$

Siendo:

- P=puntos a asignar
- p=puntuación máxima para el criterio
- Ov (oferta a valorar) = cobertura de reembolso de consultas médicas ofertada por la licitadora
- MO (mejor oferta) = la que ofrece un mayor cuantía de reembolso anual de consultas médicas ofertado por la mejor licitadora

Esta fórmula aplicada (cobertura de reembolso de consultas) hace que la máxima diferencia de puntuación en la valoración económica dependa de la relación entre la oferta que menor cobertura ofrezca y, la oferta con una cobertura mayor. En el aspecto valorado en este criterio, la oferta con mayor cobertura obtendrá el mayor número de puntos, hasta un máximo de 10 puntos.

Criterio 5.- Asistencia en viaje. Amplitud de la Cobertura. - máximo 10 puntos

La fórmula para la valoración de la amplitud de la cobertura es la siguiente:

$$P = p * (Ov/MO)$$

Siendo:

- P=puntos a asignar
- p=puntuación máxima para el criterio
- Ov (oferta a valorar) = cobertura de asistencia en viaje ofertados por la licitadora
- MO (mejor oferta) =cobertura de asistencia en viaje ofertado por la mejor licitadora

Esta fórmula aplicada en el parámetro que se valora en la amplitud de la oferta (asistencia en viaje) hace que la máxima diferencia de puntuación en la valoración económica dependa de la relación entre la oferta que menor cobertura ofrezca y, la oferta con una cobertura mayor. En el aspecto valorado en este criterio, la oferta con mayor cobertura obtendrá el mayor número de puntos, hasta un máximo de 10 puntos.



11. CONDICIONES ESPECIALES DE EJECUCIÓN

El artículo 202 de la LCSP impone la obligación de establecer en el pliego de cláusulas particulares al menos una de las condiciones especiales de ejecución de tipo medioambiental, social o relativas al empleo de entre las que se enumeran en su apartado segundo.

Para este contrato, se considera que las más apropiadas son las siguientes:

- Tendrá la consideración de condición especial de ejecución del contrato de carácter MEDIOAMBIENTAL: Toda la información que se genere a lo largo de la ejecución del contrato se presentará en formato digital, y, de ser imprescindible la impresión de documentación, se hará en papel reciclado, como forma de preservar unas buenas prácticas de protección medioambiental con el objetivo de reducir la contaminación.

A tal fin, el adjudicatario deberá presentar al inicio de la ejecución del contrato, una declaración responsable debidamente firmada en la que se compromete al cumplimiento de la citada condición especial de ejecución durante toda la ejecución del contrato.

--*Justificación*-- La exigencia de esta condición tiene como justificación la necesidad de implementar comportamientos proactivos con el cuidado y protección del medio ambiente contribuyendo en la reducción de grandes cantidades de papel en vertederos o en procesos de incineración, que continúan siendo métodos habituales de tratamiento de residuos de papel y son responsables de la degradación del medioambiente y de una importante fuente de emisiones de gases de efecto invernadero y de metano. En definitiva, su justificación deriva del propio objeto del contrato, cuya finalidad esencial es apoyar al colectivo de ITA en una correcta vigilancia de su salud, que conlleva una especial atención a las medidas medioambientales directamente unidas a la salud de las personas.

Su incumplimiento dará lugar a la imposición de las penalidades que se establezcan en el pliego de cláusulas particulares.

12. RÉGIMEN DE INSPECCIONES

En cumplimiento del art. 60 de la Ley 11/2023, de 30 de marzo, de uso estratégico de la contratación pública de la Comunidad Autónoma de Aragón se establece el siguiente régimen de inspecciones:

Se ha determinado como horizonte temporal establecer trimestralmente un análisis detallado por el responsable del contrato, que recogerá las incidencias acontecidas en ese periodo, y así



poder analizar y valorar el cumplimiento para constatar si la resolución de esas incidencias se ajusta a lo estipulado en el contrato. El motivo principal de realizar estas inspecciones trimestralmente es poder garantizar el cumplimiento del contrato pudiendo establecer medidas correctoras de un trimestre a otro, para una correcta ejecución del contrato.

13.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL OBJETO DE CESIÓN

Responsable del tratamiento de los datos de carácter personal corresponde al INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN.

La finalidad del tratamiento es que el adjudicatario realice la prestación objeto del contrato denominado “Servicio de Asistencia Sanitaria para el Instituto Tecnológico de Aragón”.

El tratamiento en concreto consistirá en la gestión integral de la póliza de asistencia sanitaria para el colectivo A (de suscripción voluntaria de las personas trabajadoras del ITA) y para el colectivo B (Cónyuges, parejas de hecho y descendientes).

Los colectivos de interesados y Datos Personales tratados a las que puede tener acceso el adjudicatario son: Nombre, apellidos, NIF, domicilio, fecha de nacimiento, correo electrónico y grado de parentesco.

Por todo ello, desde Gestión de Personal se propone y se solicita que se tramite el correspondiente expediente para la contratación del servicio “ASISTENCIA MÉDICA SANITARIA PARA EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN” descrita.

Zaragoza, a la fecha de la firma electrónica

RESPONSABLE DE GESTIÓN DE PERSONAL

Fdo: Gema Arbués Garrido