SECRETARÍA DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO (SEDECO)
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

ACLARATORIA Nº 02/2016

LICITACIÓN POR CONCURSO DE OFERTAS Nº 01/2016 "SERVICIO DE SEGURO MÉDICO Y SANATORIAL PARA FUNCIONARIOS DE LA SECRETARÍA DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO" PLURIANUAL – CONTRATO ABIERTO POR CANTIDADES, CON ID Nº 316.662.-

A continuación se realizan las siguientes aclaraciones correspondientes al llamado:

PREGUNTA Nº 01: Al igual que lo indicado ya por la DNCP, no se ha indicado si las C.G.C 14.5, pág. 33 la tasa de interés que se aplicará es del 0,25% por el período de la demora hasta que haya efectuado el pago completo por mes, día o semana.

RESPUESTA: Favor remitirse a la Adenda Nº 01/2016.

PREGUNTA Nº 02: Existen contradicciones en la cantidad máxima en la lista de precios de la pág. 40, la tabla y la descripción de las EE.TT. de la pág 10, las IAO 14.2 de la pág. 5

RESPUESTA: Favor remitirse a la Adenda Nº 01/2016 y Adenda Nº 02/2016.

PREGUNTA Nº 03: En la sección v, el modelo de contrato, cláusula 5, donde dice "El Proveedor se compromete a proveer los Bienes a la Contratante y a subsanar los defectos de éstos de conformidad a las disposiciones del Contrato" , debería decir "El Proveedor se compromete a prestar los servicios..."

RESPUESTA: Se aclara que dicho formato de contrato será ajustado a la hora de confeccionarse en la etapa de adjudicación.

PREGUNTA Nº 04: En la sección v, el modelo de contrato, cláusula 7, debe modificarse, pues se refiere a la provisión de bienes, y debe decir "7. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PROVISIÓN DE BIENES PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los servicios deben ser prestados en el plazo, lugar y condiciones indicados en el Pliego de Bases y Condiciones".

RESPUESTA: Se aclara que dicho formato de contrato será ajustado a la hora de confeccionarse en la etapa de adjudicación.

PREGUNTA Nº 05: Documentos que acrediten el registro en la Dirección de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud del MSP y BS. *Respecto a este punto...entendemos que se refiere al carnet de registros profesionales y teniendo en cuenta el volumen que implica la presentación de copia de los mismos consultamos, si podría darse por cumplido este requisito con la declaración jurada de contar con los mismos en el legajo de cada profesional.*

RESPUESTA: Así mismo se refiere a los carnet de registros profesionales, y se podrá presentar en el listado de profesionales un documento de Declaración Jurada de contar con los mismos en el legajo de cada profesional.

PREGUNTA Nº 06: En caso que el titular con grupo familiar fallezca, los adherentes tienen la posibilidad de seguir con la cobertura médica, pero quedando el pago de la misma a cargo del adherente en forma directa con la prestadora. (Esta cartera de Estado no se hace responsable en caso de falta de pago, para lo que aseguradora realizará en forma directa el reclamo

correspondiente), pudiendo la Pre – paga, previa notificación a los interesados, suspender o dar de baja a los mismos si incurriesen en mora por más de 60 días. *Respecto a este punto consideramos que al fallecer el titular funcionario vinculo principal entre la Institución y la prestadora, la Institución no puede imponer a la Prestadora la firma de un contrato particular definiendo los alcances y la cotización.. por ello solicitamos que este punto sea eliminado del PBC.*

RESPUESTA: Favor remitirse a la Adenda Nº 03/2016.

PREGUNTA Nº 07: El recién nacido será considerado como parte del grupo familiar de forma automática y con todas las coberturas contempladas para el asegurado, siempre y cuando se informe a la prestadora los datos del recién nacido. *Entendemos que el **recién nacido hijo del titular** es el que podrá ser ingresado en forma automática una vez comunicada a la Prestadora, no así otros RN.*

RESPUESTA: Se manifiesta que es esa la interpretación del presente requisito a vuestra consulta realizada.

PREGUNTA Nº 08: El plazo para las incorporaciones para las altas y bajas de nuevos funcionarios (Beneficiarios Titulares) será del 1 al 10 de cada mes posteriores a la fecha de la firma del contrato dentro de los servicios contratados. *Respecto a este punto solicitamos se modifique el plazo de comunicación de Altas y Bajas debido que a la fecha 10 de cada mes los servicios ya fueron habilitados a personas por quienes la Institución ya no abonará, sugerimos que las Altas y Bajas puedan comunicase antes de la finalización del mes.*

RESPUESTA: Favor remitirse a la Adenda Nº 03/2016.

PREGUNTA Nº 09: El plazo para las incorporaciones de adherentes pagos es de máximo 60 días desde la inclusión del Beneficiario Titular luego del inicio del presente Contrato. A los 12 (doce) meses desde la entrada en vigencia del Contrato, se abrirá nuevamente un plazo de 30 días para la inclusión de adherentes. *Teniendo en cuenta que este llamado es por 20 meses consideramos que el plazo para abrir nuevamente el contrato para la inclusión de adherentes pagos debe ser a los 10 meses.*

RESPUESTA: Favor remitirse a la Adenda Nº 03/2016.

PREGUNTA Nº 10: La Prestadora de Servicios proveerá a todos los beneficiarios copia del Contrato suscripto, además del listado de Profesionales Médicos en convenio y otros profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados, dentro del plazo de 30 (treinta) días posteriores a la firma del Contrato. *Los carnets identificatorios deberán ser entregados en forma inmediata. Se refiere inmediatamente luego de la firma de contrato y para los titulares?.*

RESPUESTA: Se aclara que la entrega a los Beneficiarios Titulares, de las copias de contrato, guias médicas, carnet identificatorios, y demás informaciones deberán ser realizadas dentro del plazo de 30 (treinta) días posteriores a la firma del Contrato. Hasta tanto se entreguen los carnets, y dentro de los 30 días posteriores a la firma del contrato, bastará con la presentación de la Cédula de Identidad Policial del beneficiario para acreditar su condición de asegurado.

PREGUNTA Nº 11: La Prestadora de Servicios en todo momento y cuando asi lo requiera cada beneficiario, entregará de manera inmediata el estado de cuenta de la cobertura con todos los detalles de los gastos. *El estado de cuenta y excedentes solo podrá ser entregado por los*

sanatorios adheridos, no por la empresa adjudicada. Entendemos que son los sanatorios los que deben entregar el estado de cuenta…es correcta nuestra interpretación?

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta. Además se aclara que si dichos nosocomios no realicen dicho requerimiento por cada beneficiario que lo solicitare, la convocante podrá exigir a la firma adjudicada que se expida dicho documento.

PREGUNTA Nº 12: Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica por lo menos con 24 hs. de anticipación, siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la Prestadora de Servicios. *Se entiende imposibilitado físicamente?. Paciente encamado?*

RESPUESTA: Entiéndase imposibilitado físicamente a beneficiarios o adherentes que no puedan acceder personalmente a los centros de laboratorio, este pudiendo estar como paciente en cama, u otra situación que le imposibilite llegar físicamente en virtud a su estado de salud.

PREGUNTA Nº 13: INTERNACIONES: Con cobertura inmediata, a partir de la firma del contrato, en centros asistenciales, habilitados por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual con baño privado, teléfono, T.V., cable, dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para acompañante, atención médica y de enfermeria. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse. *Se entiende todos los contemplados en los anexos correspondientes?*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 14: En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales. *Se entiende que el sanatorio proveerá según disponibilidad, entendiendo que la sangre no es un producto que se pueda adquirir en el mercado y, que en caso de que los transfusionistas habilitaos la provean será obligación de los familiares su reposición.*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 15: COBERTURA POR MATERNIDAD: Cobertura inmediata a partir de la firma del contrato. Entiéndase por *VIGENCIA INMEDIATA*, que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna para la prestación de los servicios. Se establece la cobertura de maternidad en el parto normal o parto por cesárea, en forma inmediata de, Ginecólogo, ayudante, instrumentador, anestesista, transfusionista, pediatra, derecho operatorio, cesárea (sin complicaciones),pensión sanatorial, Nursery, uso de carpa de oxígeno, oxígeno luminoterapia, incubadora, U.T.I. Neonatal, medicamentos y materiales descartables, estudios laboratoriales, radiológicos, resonancia magnética y tomografías axiales computarizadas y obstétricas. Cubre integralmente el control y los cuidados que demande el recién nacido (normal, patológico o pre término).
Se establece dentro del ítem de cobertura de maternidad los siguientes eventos: Control de embarazo en general, aborto espontáneo, legrado, parto
Terapia intermedia e internaciones (Adultos y Niños)

Cobertura total e integral hasta el alta del paciente según lo establecido en el contrato. Se entenderá que la cobertura es por persona y se regirá bajo las mismas condiciones que el ítem anterior, con la excepción de la duración de la internación que será hasta 30 días, con cobertura del 100%. Desde el primer día de internación. *Se entiende que la internación en sala es sin límite de días y que la internación en terapia intermedia es hasta los 30 días*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 16: Disponer de ambulancias para todo tipo de traslado. Unidad Coronaria Móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia. Incluye el traslado en ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencias y/o urgencia, el cual deberá estar a cargo de LA PRESTADORA DE SERVICIOS, para el titular y los beneficiarios del Contrato. La comunicación deberá ser realizada por el médico a cargo del paciente directamente a la Administración de la Prestadora de Servicios. *Se entiende para traslados de bajo, mediano y alta complejidad para casos de urgencias? En caso de traslados desde el interior se entiende que es para casos que no puedan ser resueltos en la zona debido a su complejidad?*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 17: El hospital proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves hasta el 30% del cuerpo, la atención e internación será hasta el alta del paciente. Se considerará accidente colectivo, cuando resultaren más de 5 (cinco) beneficiarios accidentados en un solo acontecimiento. *Se entiende que se cubrirá la recuperación (tratamiento) dentro de los límites del contrato*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 18: OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE:
En Internaciones y Servicios de Guardia:
Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, la utilización de electrocardiógrafo, rayos X del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor, monitor fetal, cuna térmica, video.
Inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y materiales descartables y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención en este servicio, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO. Para estos casos no existirá limitaciones y la cobertura deberá ser bajo prescripción médica. *Las coberturas precedentes son aplicables a los servicios de guardia?. En caso de internaciones la cobertura de medicamentos y descartables y otros servicios tienen limitaciones según otras clausulas de este contrato.*

RESPUESTA: Las coberturas mencionadas son aplicables para el Servicio de Guardia, como reza en el subtítulo *"En Internaciones y Servicios de Guardia"*; y los otros servicios tienen limitaciones según otros apartados del presente pliego de bases y condiciones.

PREGUNTA Nº 19: SEGURO DEL VIAJERO. Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos para casos de urgencias, durante viajes al exterior y mientras dure dicho viaje, al titular y sus acompañantes beneficiarios, hasta 90 de días de cobertura. Traslado asistido hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad. *Se entiende 90 días por año por grupo familiar?*

RESPUESTA: Se manifiesta que es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 19: ENFERMEDADES CRÓNICAS CONGÉNITAS:
Cobertura total en consultas y unidad cama, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes hasta 2 internaciones (dentro de los límites del contrato) que hayan sido declaradas y/o diagnosticadas en la ficha y chequeo médico de admisión. *Entendemos que será condición de hacer una declaración de salud?*
En las internaciones quirúrgicas ambulatorias citadas a continuación, la cobertura de medicamentos y materiales descartables nacionales e importados, drogas oncológicas, será hasta la suma de Gs. 18.000.000 (guaraníes dieciocho millones) en todo concepto y por evento. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales. *Se entiende todos los contemplados en los Anexos?*

RESPUESTA: Con respecto a la primera consulta del apartado, entiéndase en la ficha y chequeo médico de admisión, la condición de hacer una declaración de salud. Y con respecto a la segunda pregunta del apartado, es así la interpretación mencionada a vuestra consulta.

PREGUNTA Nº 20: SERVICIOS SIN COBERTURAS
Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos por vía de la negociación.
Se entiende que la lista enunciada no es taxativa y serán consideradas como no cubiertas eventos no cubiertos por las medicinas prepagas tales como: 1. Cirugía Bariátricas y otros procedimientos para el tratamiento de la obesidad. Enfermedades infectocontagiosas venéreas, etc.

RESPUESTA: Con respecto a la consulta del apartado, entiéndase lo expuesto en el pliego de bases y condiciones "*Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos por vía de la negociación*". Reiteramos no obstante se podrá negociar aranceles con descuentos con la firma adjudicada.

Abog. MANUEL DOS SANTOS M.
Jefe Interino
Unidad Operativa de Contrataciones
SEDECO