

MEMORIA JUSTIFICATIVA

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD:

En cumplimiento del artículo 116 del vigente Convenio Colectivo de CRTVE: CRTVE está obligada a la contratación de una póliza médica para los trabajadores de la Corporación.

La redacción del artículo es la siguiente:

“La Corporación RTVE contratará una póliza colectiva de salud que otorgará cobertura de asistencia sanitaria a todas las personas trabajadoras en activo de la Corporación RTVE. Los familiares directos podrán adherirse libremente a una póliza con semejantes condiciones de cobertura sanitaria, de pago diferenciado del seguro colectivo de salud, siendo la prima totalmente por cuenta de las personas interesadas. Se dota el seguro colectivo de salud con una cantidad de 0,71 % de la cuenta de gastos 640.0 de retribuciones básicas de los presupuestos de la Corporación RTVE para cada ejercicio. En caso de que la cantidad dotada fuera insuficiente para cubrir la totalidad del seguro colectivo de salud, el exceso de gasto se minorará en la cuantía correspondiente del fondo de acción social contemplado en el artículo 108. Si, de acuerdo con las previsiones del ejercicio, se previese dicho exceso de gasto, la cantidad correspondiente del fondo de acción social quedará retenida al principio del ejercicio. De la misma forma, cuando se produzca un sobrante de la dotación asignada para el seguro colectivo de salud, la cuantía de dicho sobrante se aplicará al fondo de acción social”.

Se estima que la media mensual de personas trabajadoras de alta en la póliza del seguro colectivo de salud en la CRTVE es de 6.425 personas y que este número permanecerá estable durante la duración del contrato.

Se exige a los licitadores que oferten pólizas para los familiares directos del colectivo CRTVE que actualmente está formado por 3.950 personas. También deberán ofertar para el colectivo de antiguos empleados y familiares directos de éstos, colectivo actualmente integrado por 3.461 personas.

Debido a la inflación actual y al aumento generalizado de los costes médicos, para garantizar la concurrencia, se ha estimado una prima unitaria de la póliza del colectivo CRTVE de 41 euros al mes.

Además, el contrato se ha planteado por un periodo de solo dos años. Con esta medida se pretende adecuar la licitación a las difíciles condiciones actuales del mercado de seguros de salud y fomentar la concurrencia.

INFORME DE INSUFICIENCIA DE MEDIOS

Por la naturaleza de este servicio, CRTVE no dispone de medios propios para prestarlo.

LOTES DE LA CONTRATACIÓN

No se contempla la división del contrato en lotes, ya que las actividades de este servicio son complementarias entre sí y se deben de ejecutar de una manera concatenada y desde una perspectiva única.

En conclusión, procede a los efectos del art. 99 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público, la no división en lotes del contrato para esta prestación.

JUSTIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se propone el trámite de este expediente por un procedimiento abierto, sujeto a regulación armonizada, ya que no se dan los requisitos que establece la LCSP, para tramitar esta contratación por otro procedimiento distinto a este.

El procedimiento general abierto es garantía de transparencia e igualdad de trato entre los licitadores, y además garantiza mayor concurrencia.

JUSTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SOLVENCIA

De conformidad con lo establecido en los artículos 74 y siguientes de la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, se han establecido criterios de solvencia económica y técnica con el fin de asegurar que los licitadores cuentan con la capacidad suficiente para ejecutar correctamente el contrato de seguro colectivo de salud objeto del presente procedimiento.

1. Solvencia Económica y Financiera

Se ha exigido una cifra de volumen anual de negocios igual al valor estimado del contrato, con el fin de garantizar la estabilidad financiera del adjudicatario, su capacidad para asumir riesgos y su solvencia ante eventuales obligaciones de pago.

Esta exigencia se considera proporcional, ya que se ha fijado en relación con el valor estimado del contrato, sin limitar indebidamente la concurrencia.

2. Solvencia Técnica o Profesional

Se ha requerido a los licitadores demostrar experiencia previa en la gestión de seguros colectivos de salud para entidades de tamaño y complejidad similar a la contratante.

Este criterio tiene como finalidad garantizar que el adjudicatario cuenta con los recursos humanos, medios técnicos y conocimientos específicos necesarios para prestar un servicio esencial y sensible como es la cobertura sanitaria de los empleados públicos.

Ambos tipos de solvencia guardan una relación directa con el objeto del contrato, conforme al artículo 75.2 de la LCSP, y buscan asegurar la calidad, fiabilidad y continuidad del servicio.

Los umbrales establecidos no suponen una barrera desproporcionada a la libre competencia, en tanto que permiten participar a operadores económicos que hayan demostrado capacidad real para asumir un contrato de esta naturaleza, pero sin excluir injustificadamente a pequeñas y medianas empresas si estas reúnen la solvencia exigida.

JUSTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN

Conforme al artículo 145 de la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, los criterios de adjudicación establecidos en la Cláusula 11 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP) tienen como finalidad identificar la oferta económicamente más ventajosa mediante la mejor relación calidad-precio.

Para ello, se han definido los siguientes criterios, cuya elección y ponderación responden a principios de objetividad, proporcionalidad y vinculación directa con el objeto del contrato:

Criterios Evaluables Mediante Juicio de Valor (30 puntos)

- Metodología de prestación del servicio – 5 puntos

Se valoran las propuestas sobre la organización y funcionamiento del servicio, puesta en marcha de la póliza, seguimiento de las incidencias, tramitación de altas y bajas, servicio de atención telefónica y buzón de correo. Todos estos aspectos garantizarán un servicio integral y eficiente.

-Herramientas informáticas de gestión y atención – 5 puntos

Se evalúa la disponibilidad y funcionalidad de plataformas digitales, aplicaciones móviles y sistemas informáticos destinados a mejorar la relación con los asegurados (por ejemplo, gestión online de citas, autorizaciones o reembolsos). Este criterio fomenta la digitalización y accesibilidad.

-Red asistencial – 20 puntos

Se valoran el número, variedad y distribución de centros médicos y profesionales concertados, especialmente en el ámbito territorial del contrato. La amplitud de la red garantiza la efectividad del servicio y la atención inmediata a los asegurados.

RTVE, es una empresa implantada en toda España, que ha de tener protección en todos los ámbitos territoriales por las necesidades de cobertura informativa o periodística.

Criterios de valoración automáticos (70 puntos)

- Primas ofertadas para pólizas de familiares directos – 10 puntos

Se valora el importe económico ofertado para la extensión de la cobertura a familiares, garantizando que las condiciones sean accesibles para el entorno del colectivo asegurado.

- Descuentos por pago agrupado a jubilados o familiares – 5 puntos

Se puntúan las reducciones ofrecidas en las primas para determinados colectivos como jubilados, cónyuges o hijos, promoviendo la inclusión y equidad.

- Inclusión de 10 sesiones de fisioterapia anuales – 2,5 puntos

Se valora como mejora asistencial adicional, dado su impacto positivo en la salud física y recuperación funcional de los asegurados.

- Asistencia sanitaria específica en casos de violencia de género – 2,5 puntos

Se premia la inclusión de servicios específicos de atención integral en casos de violencia de género, como parte del compromiso social y sanitario del contratista.

-Precio – 50 puntos

La fórmula aplicada para valorar el precio permite calificar adecuadamente las ofertas económicas, asignando una puntuación según el precio ofertado de manera inversamente proporcional a la oferta más ventajosa.

La combinación de criterios técnicos sujetos a juicio de valor (30%) y criterios objetivos (70%) permite una valoración equilibrada de las ofertas. Se prioriza tanto la capacidad técnica y asistencial como la competitividad económica y las mejoras sociales

Los criterios han sido definidos para evitar ambigüedades, permitir la comparación objetiva entre licitadores y garantizar que la adjudicación recaiga en la oferta con mejor relación calidad-precio, conforme a los principios de transparencia, proporcionalidad y no discriminación.

Conforme a lo previsto en el artículo 145 de la LCSP y en aras de garantizar que solo se valoren ofertas técnica y cualitativamente solventes, se establece en los pliegos un **umbral mínimo de puntuación del 30%** en los criterios sometidos a juicio de valor.

Fundamento de esta exigencia:

- Garantía de calidad mínima: Los criterios cualitativos valoran aspectos esenciales para la correcta ejecución del contrato, como la metodología del servicio, la red asistencial o las herramientas

digitales. Establecer un umbral mínimo asegura que las propuestas técnicas cumplan unos estándares mínimos de calidad.

- Proporcionalidad: El umbral se fija únicamente sobre los criterios no automáticos y no impide participar ni presentar oferta; simplemente establece una garantía técnica mínima exigible para continuar en el procedimiento.
- Evita adjudicaciones desequilibradas: Permite evitar que una oferta sea adjudicataria únicamente por presentar un precio bajo, pero carecer de una propuesta técnica aceptable.

Por todo ello, el umbral del 30% se considera proporcionado, objetivo y adecuado a la naturaleza del contrato, y no limita la participación, sino que actúa como filtro técnico para garantizar la calidad del servicio adjudicado.

EXISTENCIA DE PRESUPUESTO

El presupuesto está aprobado y contempla esta contratación, el gasto se imputará al centro de coste CC01TS2200 de la Dirección de Recursos Humanos.

El precio máximo de la licitación es un 31% en relación al coste actual.

El contrato actualmente en vigor tiene un coste anual de **4.823.733,6 euros**. Para el nuevo procedimiento de licitación, el precio máximo anual se establece en **6.322.200,00 €**, lo que representa un incremento del **31%** respecto al contrato anterior.

Este aumento está debidamente justificado por los siguientes motivos objetivos:

- Adecuación de los precios a la evolución del mercado asegurador y del IPC sanitario acumulado, que ha experimentado un crecimiento sostenido en los últimos años.
- Cobertura completa sin copagos ni exclusiones relevantes, garantizando un servicio integral y sin barreras de acceso para los asegurados.
- Incremento del nivel de cobertura sanitaria exigido, garantizando la accesibilidad sin copagos, una red asistencial más extensa y prestaciones complementarias.