

## Consultas Realizadas

### Licitación 472841 - SEGURO MÉDICO CORPORATIVO

#### Consulta 1 - Sanatorios en Asuncion

Consulta	Fecha de Consulta	14-11-2025
<p>Solicito a la Convocante aclarar el fundamento técnico y jurídico por el cual se exige contar con siete (7) sanatorios habilitados en Asunción, considerando que dicho requisito podría resultar restrictivo y limitar la participación de otros oferentes. Cabe destacar que, a efectos de garantizar una cobertura adecuada en Asunción, el cumplimiento del requisito podría alcanzarse perfectamente con cinco (5) sanatorios habilitados, por lo que la exigencia de siete (7) sanatorios resulta desproporcionada. Asimismo, se solicita informar los criterios objetivos utilizados para determinar la necesidad de dicha cantidad de sanatorios, teniendo en cuenta que esta exigencia —por su especificidad y desproporcionalidad— podría evidenciar un alevoso direccionamiento hacia una determinada empresa prestadora del servicio.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
<p>La cantidad requerida busca garantizar una cobertura amplia y continua en la capital, considerando la densidad poblacional, la demanda potencial de servicios y la necesidad de asegurar disponibilidad inmediata en distintos puntos de la ciudad. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la red de atención debe responder al volumen de asegurados actualmente registrados, cuya magnitud hace imprescindible contar con una infraestructura suficiente para evitar demoras y garantizar atención oportuna. El requisito se sustenta en la facultad de la Convocante de establecer condiciones mínimas que aseguren la calidad, accesibilidad y oportunidad en la prestación del servicio, conforme a la normativa vigente en materia de contratación pública y salud.</p>		

#### Consulta 2 - centros asistenciales departamento central

Consulta	Fecha de Consulta	14-11-2025
<p>En relación al requisito que exige la disponibilidad de un sanatorio habilitado en la localidad de Lambaré, se solicita respetuosamente a la Convocante aclarar si es admisible acreditar un sanatorio ubicado en localidades vecinas dentro de un radio aproximado de 10 km, siempre que se garantice la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud a los asegurados de Lambaré.</p> <p>La presente consulta se formula en el marco de los principios de razonabilidad, proporcionalidad, transparencia y libre concurrencia previstos en la Ley N.º 2051/03 y la Ley N.º 7021/22, a fin de determinar criterios objetivos que eviten restricciones innecesarias a la participación de oferentes.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
<p>Remitirse al PBC y la Adenda 1.</p>		

### Consulta 3 - centro de fisioterapia y rehabilitación

Consulta	Fecha de Consulta	14-11-2025
<p>Solicito a la Convocante aclarar el fundamento técnico y jurídico que justifica la exigencia de contar con cinco (5) centros de fisioterapia y rehabilitación en Asunción y Gran Asunción, considerando que dicha cantidad podría resultar desproporcionada y limitar la participación de oferentes que cuenten con una red suficiente para garantizar la cobertura efectiva. Asimismo, se solicita informar los criterios objetivos utilizados para determinar la necesidad de dicha cantidad, a fin de asegurar la transparencia, igualdad y libre competencia.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
<p>La cantidad de cinco centros responde a la necesidad de garantizar cobertura amplia y continua en la capital y su área metropolitana, considerando la densidad poblacional, la demanda potencial de servicios y la cantidad de asegurados que requieren atención en fisioterapia y rehabilitación. El requisito se sustenta en la facultad de la Convocante de establecer condiciones mínimas que aseguren calidad, accesibilidad y oportunidad en la prestación del servicio, conforme a la Ley N.º 7021/22. La determinación de cinco centros se basó en estudios de distribución geográfica y capacidad instalada, con el fin de reducir riesgos de saturación y garantizar atención oportuna en distintos puntos de Asunción y Gran Asunción.</p> <p>En consecuencia, se mantiene la exigencia de cinco centros, por considerarse proporcional y necesaria para asegurar la cobertura efectiva.</p>		

### Consulta 4 - Cobertura

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
<p>Sobre el punto: 6.1.1.1. Alergología + Test alérgicos: consultas, y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales. Test alérgico: a cargo de la Prestadora de Servicios. Vacunas (independientemente a la forma de suministro) para tratamientos de alergia según prescripción médica hasta 12/año/beneficiario. Favor cite la convocante cuales serían los test que abarca esta cobertura.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
<p>Comprende de manera general a los test destinados a identificar reacciones de hipersensibilidad reconocidas en la práctica clínica.</p>		

### Consulta 5 - Cobertura

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
<p>Favor aclare la convocante si es correcta la interpretación que para la cobertura referente a Infiltraciones se refiere a los honorarios médicos.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
<p>Si, la interpretación es correcta.</p>		

### Consulta 6 - Cobertura

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
<p>En algunos apartados se da cobertura en artroscopia y otras al 80%, pero sin embargo en el apartado de cirugías videolaparoscópicas menciona honorarios al 100%, se debería especificar cual apartado se tomará a la hora de emitir cobertura.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
<p>No constituyen procedimientos equivalentes, ni repetitivos, sino técnicas quirúrgicas diferenciadas.</p>		

## Consulta 7 - Otros servicios cubiertos

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Favor aclarar la convocante los puntos 6.9.17 y 6.9.18, pues se repiten.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
Se elimino la parte que se repetía, Adenda 1.		

## Consulta 8 - Cotización de los servicios

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Según hemos realizado un análisis profundo a los requisitos del Pliego de bases y Condiciones, las especificaciones técnicas de los servicios requeridos, observamos que la cobertura del seguro médico corporativo, corresponde a una cobertura superior al estándar solicitado en procesos licitatorios análogos de otras instituciones publicas, por consiguiente consideramos que los costos de cobertura serán muy superiores al presupuesto destinado para cada beneficiario del seguro medico, creemos que los requerimientos de cobertura se deben adecuar al presupuesto destinado para el efecto, puesto que de lo contrario los servicios solicitados serian de cumplimiento imposible.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
Remitirse a lo establecido en el PBC.		

## Consulta 9 - habilitación expedida por el MSP y BS de los prestadores solicitados

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Atendiendo a que, en su mayoría los prestadores se encuentran en la etapa de renovación de habilitación y con referencia al requerimiento del PBC, consultamos si se podría dar por cumplido con la presentación de la mesa de entrada de dicho trámite ante el MSP yBS.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
Remitirse a lo establecido en el PBC y la Adenda 1.		

## Consulta 10 - Oncología

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Solicitamos a la convocante aclarar el siguiente punto: 6.1.1.38. Oncología (Adultos y Niños): Cirugías cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura; honorarios médicos con quimioterapia (adultos y niños) hasta 8 (ocho) sesiones por evento por beneficiario por año. Se debería definir en las patologías oncológicas como dar la cobertura en este apartado pues habla de la 1era al 100%, la 2da al 50% y la tercera al 25%, pues en otro punto del PBC establece cuanto sigue: Honorarios profesionales de intervenciones quirúrgicas de patologías crónicas, congénitas, preexistente o neoplásicas, cobertura de honorarios de la 1° y 2° cirugía 100% y la tercera con 50%, otras con arancel a cargo del asegurado, y aquí en este apartado menciona que en la 1era y la 2da al 100% y la 3era al 50% y las demás con cargo al asegurado.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
Remitirse a lo establecido en el PBC y la Adenda 1.		

## Consulta 11 - Cantidad mínima requerida por cada especialidad

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Favor aclarar la convocante para la especialidad de Siquiatría: en la pagina 28 indica la cantidad de 3 profesionales, mientras que la pagina 52 cita 5 profesionales.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
Remitirse a lo establecido en el PBC y la Adenda 1.		

## Consulta 12 - Obligaciones de la Prestadora - Plantel médico, sanatorial y administrativo

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Favor aclarar la convocante el siguiente punto: El proveedor pondrá a disposición de los asegurados un listado de profesionales en convenio con CO-PAGO, junto con el listado de prestadores en convenio (PAGOS). A que se refiere con prestadores en convenio Pagos? al listado de prestadores con arancel a cargo del beneficiario		

Respuesta	Fecha de Respuesta	26-11-2025
Remitirse a lo establecido en el PBC y la Adenda 1.		

## Consulta 13 - Experiencia requerida

Consulta	Fecha de Consulta	24-11-2025
Sobre el punto: La empresa oferente, deberá acreditar su experiencia y cumplimiento satisfactorio en Servicio de Seguro Médico, a Instituciones Públicas y/o empresas privadas, referentes a los años 2021, 2022, 2023 y 2024, como mínimo con 900(novecientos) asegurados, por un valor igual o mayor al 30 (treinta) % del monto máximo establecido en el presente llamado. El porcentaje solicitado será considerando la sumatoria de los años mencionados. Podrán presentarse la cantidad de documentaciones que fueren necesarias para acreditar el monto solicitado, siempre y cuando dichas prestaciones hayan sido formalizadas dentro del periodo mencionado. Favor aclarar la convocante si es correcta la interpretación que deben ser de 900 asegurados titulares?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	25-11-2025
Se refiere a 900 asegurados.		

## Consulta 14 - cirugías

Consulta	Fecha de Consulta	04-12-2025
Dentro de las cirugías videolaparoscópicas se encuentran las artroscópicas, por tanto existe una ambigüedad en los porcentajes a ver efectuados. Se tomará todas videolaparoscópicas al 100% ? Por qué menciona que las artroscópicas serán al 80%! ? Por cuál apartado se deberá regir al momento de la ejecución del contrato?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-12-2025
No constituyen procedimientos equivalentes, sino técnicas quirúrgicas diferenciadas. Están ligadas a especialidades médicas diferentes por lo que está especificado que cobertura tiene cada una. Remitirse al PLIEGO.		

## Consulta 15 - test Alergicos

Consulta	Fecha de Consulta	04-12-2025
Favor aclarar si es correcta la siguiente interpretación: Pruebas de reacciones de hipersensibilidad en la práctica clínica serían el prick test, prueba de reacción intradérmica, IGE total		
Respuesta	Fecha de Respuesta	05-12-2025
Si es correcta la interpretación.		

## Consulta 16 - centros asistenciales en gran Asunción e interior del País

Consulta	Fecha de Consulta	04-12-2025
Sobre el punto: para estos centros asistenciales, la cobertura de los servicios, deberá ser idéntica a la aplicable en la capital, conforme a la especificaciones técnicas. Se manifiesta que es de cumplimiento imposible, pues el nivel de capacidad resolutoria de los sanatorios en el interior, difiere de una zona a otra, por lo que no podrá ser idéntica la cobertura de los servicios que en la capital.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	05-12-2025
Según se menciona al inicio de este apartado (6.4.2 CENTROS ASISTENCIALES EN CENTRAL E INTERIOR DEL PAÍS) el requerimiento para los sanatorios de Gran Asunción y del interior del país es estar habilitados por el MSPyBS y/o tener categoría Nivel I mínimamente, por lo que la cobertura de servicios se ceñirá a la capacidad resolutoria del nivel del sanatorio correspondiente según sea el caso. Remitirse al pliego.		

## Consulta 17 - consultas al pbc

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Favor aclarar la convocante la edad de los hijos, pues el siguiente punto refiere cuanto sigue: Cobertura de medicamentos y descartables para internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas (cobertura de maternidad, solo para titular y cónyuge, reglamentado en el punto 8), por valor de ₡ 13.000.000 (trece millones), por evento y en todo concepto, para el grupo familiar del titular y, se entiende cónyuge, hijos hasta los 23 años y discapacitados sin límite de edad y padres que no sean adherentes pagos, y en el apartado de beneficiario dice hijos hasta los 24 años.		

## Consulta 18 - Adherentes

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Adenda pag. 27 indica: La inclusión de beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva del titular, y la prima correspondiente correrá íntegramente por cuenta del mismo. El plazo para solicitar la incorporación de adherentes será de hasta 30 (treinta) días contados desde la fecha de alta del titular en los servicios contratados. La permanencia mínima del adherente será de 12 (doce) meses, pudiendo renovarse por períodos sucesivos hasta la finalización del contrato. Transcurridos 12 (doce) meses desde la firma del contrato, se reabrirá un período adicional de 30 (treinta) días para la incorporación de nuevos adherentes pagos. La Prestadora de Servicios estará obligada a aceptar las solicitudes de inclusión que se presenten dentro del plazo establecido. La Prestadora de Servicios no podrá exigir exámenes médicos, juntas médicas ni realizar cualquier tipo de discriminación para la incorporación de adherentes, ya sea por edad, afecciones o patologías preexistentes. El vínculo entre el titular y el adherente podrá acreditarse mediante Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio o Sentencia firme y ejecutoriada, según corresponda. La enumeración precedente es meramente enunciativa. Toda la tramitación documental, el pago y la gestión de permanencia de los adherentes será realizada directamente por el titular ante la Prestadora de Servicios, sin intervención de la Contratante, conforme a lo establecido en la presente E.T. Podrán ser incluidos como beneficiarios adherentes los padres, hermanos/as, abuelos/as, nietos/as e hijos/as mayores desde los 24 años del titular, hasta el segundo grado de consanguinidad, así como personas bajo su dependencia directa acreditada mediante Sentencia firme y ejecutoriada, en todos los casos sin límite de edad, hasta un máximo de 5 (cinco) adherentes. El titular abonará directamente a la Prestadora de Servicios las siguientes primas por cada adherente: • Hasta 64 años: el 65% del precio adjudicado por cada titular. • De 65 a 70 años: el 70% del precio adjudicado por cada titular. • Desde 71 años en adelante: el 80% del precio adjudicado por cada titular. El precio aplicable será el fijado luego de la adjudicación y no incidirá en la cotización de la licitación. Los adherentes pagos tendrán		

una cobertura diferenciada, conforme a lo establecido en el apartado 14 de la presente E.T. Los adherentes deberán permanecer en dicha condición desde su incorporación hasta el vencimiento del contrato o, en su caso, hasta la desvinculación del titular de la Institución por cualquiera de las causales previstas en la Ley. La mora en el pago por parte del adherente suspenderá automáticamente las coberturas establecidas en la presente Especificación Técnica, sin afectar en modo alguno los derechos del titular ni de su grupo familiar. Los hijos/as incorporados como parte del grupo familiar perderán automáticamente dicha condición una vez cumplida la edad máxima prevista contractualmente. A partir del día siguiente al cumplimiento de la edad límite, solo podrán continuar en el seguro en carácter de adherentes pagos, con las primas y condiciones establecidas en el presente Pliego. La continuidad del beneficiario como adherente pago no es automática, debiendo el titular solicitar expresamente su incorporación dentro del plazo de continuidad sin interrupciones, conforme a las reglas operativas de la Prestadora. La falta de solicitud en el plazo indicado producirá la baja automática del beneficiario en el sistema, sin responsabilidad alguna para la Prestadora ni para la Contratante. Mientras que en la pagina 74 del PBC reza: La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá

por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión vencido dicho plazo, el contrato se renovará automáticamente por los siguientes meses hasta la finalización del contrato, salvo que el Titular manifieste expresamente su voluntad de no renovar, mediante comunicación escrita dirigida a la prestadora de servicios, antes del vencimiento del período vigente. La falta de dicha manifestación en el plazo establecido se interpretará como aceptación tácita de la renovación, manteniéndose las condiciones pactadas en el presente instrumento. Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. Los Padres y los hijos tienen 30 días desde la fecha que cumplan la edad máxima establecida en el contrato para realizar los trámites para ingresar como beneficiario adherente. Para la inclusión de los beneficiarios adherentes por parte de la prestadora de servicios, no será necesaria la realización de estudios médicos, juntas médicas o discriminación alguna de beneficiarios adherentes, sea por la edad, afecciones o patologías pre existentes. Asimismo, el vínculo entre el titular del seguro médico y sus respectivos adherentes, podrá ser demostrado con la presentación de la siguiente documentación, según sea el caso: Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio, Sentencia firme y ejecutoriada (Para los casos de personas con relación de dependencia directa del titular). El listado es meramente enunciativo. Se entiende que toda la tramitación documental para el ingreso de los beneficiarios adherentes, el pago correspondiente y su permanencia, será realizada personalmente por el titular del seguro médico con la prestadora de servicios, sin intervención de la contratante, bajo las condiciones establecidas en el PBC. Podrán ser incluidos como beneficiarios adherentes los padres, hermanos/as, abuelos/as, nietos/as e hijos/as mayores desde los 24 años del titular, hasta el segundo grado de consanguinidad, así como personas bajo su dependencia directa acreditada mediante Sentencia firme y ejecutoriada, en todos los casos sin límite de edad, hasta un máximo de 5 (cinco) adherentes. El titular abonará directamente a la Prestadora de Servicios las siguientes primas por cada adherente: • Hasta 64 años: el 65% del precio adjudicado por cada titular. • De 65 a 70 años: el 70% del precio adjudicado por cada titular. • Desde 71 años en adelante: el 80% del precio adjudicado por cada titular. El precio aplicable será el fijado luego de la adjudicación y no incidirá en la cotización de la licitación. Los adherentes pagos tendrán una cobertura diferenciada detallada en el apartado 14. Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución, por cualquiera de los motivos previstos en la Ley. En caso de mora del adherente, el mismo no tendrá derecho a las coberturas establecidas en la presente Especificación Técnica, sin que dicha situación afecte al beneficiario titular y su grupo familiar. Los hijos/as incorporados como parte del grupo familiar perderán automáticamente dicha condición una vez cumplida la edad máxima prevista contractualmente. A partir del día siguiente al cumplimiento de la edad límite, solo podrán continuar en el seguro en carácter de adherentes pagos, con las primas y condiciones establecidas en el presente Pliego. La continuidad del beneficiario como adherente pago no es automática, debiendo el titular solicitar expresamente su incorporación dentro del plazo de continuidad sin interrupciones, conforme a las reglas operativas de la Prestadora. La falta de solicitud en el plazo indicado producirá la baja automática del beneficiario en el sistema, sin responsabilidad alguna para la Prestadora ni para la Contratante. Favor aclare la convocante cual de los dos textos es el que se aplica.

## Consulta 19 - Requisito indicado con \*

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Adenda 3. Pag. 13 y en el PBC pagina 85 no se observan ningún requisito indicado con *, mientras que en la página 62 del pbc dice: (*) de los profesionales PSICOLOGOS INFANTILES debe tener la especialidad en atención a niños con TEA por lo menos 1 (uno). Solicitamos a la convocante la eliminación del requisito de la página 62.		

## Consulta 20 - consultas al pbc

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Pag. 79. Punto 6.1.1.3. Anestesiología, incluye analgesia en partos, se entiende que esta cobertura que la analgesias en partos esta garantizada para la titular y conyugue de titular?		

## Consulta 21 - Pagina 30. Punto 30.

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Favor aclare la convocante si es correcta la siguiente interpretación: La Prestadora/Centro asistencial en ningún caso podrá solicitar al beneficiario y su grupo familiar, depósito, garante o aval alguno en concepto de garantía para la realización de alguna intervención quirúrgica. Siempre que el motivo que origine la internación / intervención / atención esté cubierto dentro de lo especificado en el presente contrato?		

## Consulta 22 - Hijo Beneficiarios e hijos adherentes:

Consulta	Fecha de Consulta	23-01-2026
Según indica en el apartado de Beneficiarios, los hijos serán considerados dentro del grupo familiar hasta los 24 años (pag. 73) mientras que en el apartado de adherentes reza desde los 24 años (pag. 75). Favor aclare la convocante cual es la edad correcta.		