

## **PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR EN EL CONTRATO DE SUMINISTRO DE:**

**“SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA MESA QUIRÚRGICA PARA LOS QUIRÓFANOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA” A ADJUDICAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO SIMPLIFICADO CON PLURARIDAD DE CRITERIOS. EXPEDIENTE P.A.SUM 2024-05/HUIC**

### **1.- OBJETO DEL CONTRATO.**

El presente pliego tiene como objeto establecer las prescripciones técnicas para el contrato: “Suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una mesa quirúrgica para los quirófanos del Hospital Universitario Infanta Cristina”.

### **2.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**

En este apartado se especifican las características técnicas mínimas que debe cumplir el equipo objeto del presente contrato de suministro:

#### **LOTE ÚNICO: MESA QUIRÚRGICA:**

##### Características mínimas:

Mesa quirúrgica de base móvil, con al menos 4 ruedas dobles, sin necesidad de carro de transporte.

Tecnología de funcionamiento electrohidráulico o electromecánico.

Columna y base extraplana, de diseño ergonómico. Es necesario que la base sea plana, lisa y sin angulaciones para permitir una fácil desinfección y evitar focos de infección. Las cubiertas de la base serán de acero inoxidable.

Funcionamiento independiente mediante baterías o conexión a red. La toma de carga integrada en la base.

Peso admisible de carga de pacientes:

- Igual o superior a 450 Kg, en posición normal.
- Igual o superior a 250 Kg, en posición inversa.
- Igual o superior a 160 Kg, sobre el dispositivo de extensiones para traumatología.

Anchura de la mesa sin contar los rieles laterales, ni accesorios, igual o superior a 540mm.

Tablero totalmente radiotransparente.

Rieles laterales para acoplamiento de accesorios de medida estándar 25 mm x 10 mm.

Tablero reversible, que permita colocar en ambos lados del tablero diferentes componentes, tales como: placa de cabeza, placas de piernas, etc.

Movimientos motorizados:

- Dos articulaciones motorizadas independientes entre sí, sin necesidad de intercambiar la posición normal del tablero quirúrgico, controladas desde el mismo mando principal con cable y desde el panel de emergencia de la columna: Sección de respaldo y sección de piernas.
- Desplazamiento longitudinal igual o superior a 300 mm.
- Altura máxima incluyendo el tablero (sin colchón): igual o superior a 1.040 mm.
- Altura mínima incluyendo el tablero (sin colchón): igual o inferior a 610 mm.
- Rango Trendelenburg: igual o superior a +/-25°.
- Rango Anti-Trendelenburg: igual o superior a +/-30°.
- Lateralización derecha/izquierda: igual o superior a +/-20°.
- Retorno a posición cero.
- Rango de subida/bajada sección de respaldo en posición normal: igual o superior a +70°/-40°.
- Rango de subida/bajada sección de piernas en posición normal: igual o superior a +80°/-90°.

El tablero deberá estar dividido al menos en 6 secciones:

- Placa de cabeza articulada.
- Placa de elongación
- Sección de respaldo.
- Sección de asiento.
- Placa de piernas de 2 secciones.

El accionamiento de los movimientos motorizados de la mesa se llevará a cabo por medio de:

- Mando de control con cable con pictogramas de fácil interpretación. Con memorización de posiciones quirúrgicas.
- Un panel de mando Integrado en la columna como sistema de seguridad. Con teclado independiente, con las funciones más relevantes de la columna.

Características de las colchonetas:

- Colchonetas bicapa viscoelásticas con fijación mediante velcro.
- Electro-conductivas.
- El espesor mínimo de las colchonetas será de 80 mm.
- Libres de látex.

Accesorios y elementos móviles de tablero de peso reducido, sistema de fijación mediante mecanismo rápido, intuitivo y de fácil alineamiento, exento de piezas de apriete adicionales. Que permitan su extracción e intercambio de forma segura y fácil. La autonomía de las baterías de la mesa será suficiente para aproximadamente una semana de trabajo en el quirófano.

Accesorios que debe incluir:

- 2 apoyabrazos de manejo con una sola mano, regulables horizontal y verticalmente, deberán incluir los fijadores a la mesa quirúrgica.
- 1 arco de anestesia, regulable en altura y angulación, deberá incluir el fijador a la mesa quirúrgica.

- Equipo de extensiones, deberá incluir todo lo necesario para su correcto funcionamiento. Compuesto al menos por:
  - o Sistema de pelvistato con una carga mínima de paciente de al menos 160 KG.
  - o Carro soporte para dispositivo de extensiones.
  - o Adaptadores para acoplar equipo de extensiones a la mesa de operaciones: 2U (Si son necesarios para su instalación en la mesa quirúrgica).
  - o Rodillo acolchado para pubis
  - o Barra de contratiro.
  - o 2 Barras de extensión para miembros inferiores.
  - o Dispositivo de tracción para miembros inferiores.
  - o Barra de prolongación riel-guía.
  - o Soporte para placas de los pies.
  - o Barras de sostén: 2 unidades.
  - o Fijadores radiales: 2 unidades.
  - o 2 placas de pie.
  - o 2 botas acolchadas para fijar el pie a la tracción.
  - o 1 fijador giratorio-basculante.
- 1 par de placas apoyapiernas adaptables al dispositivo de extensiones.

El equipo ofertado debe tener la posibilidad de accesorios para todas las especialidades quirúrgicas.

### **3.- GARANTÍA.**

El presente contrato establece 2 años de garantía.

La garantía incluirá todas las actuaciones de mantenimiento correctivo, técnico-legal y preventivo. En todas esas actuaciones se incluye mano de obra y piezas de recambio necesarias para el correcto funcionamiento del equipo.

El plazo de garantía comenzará a contar desde la fecha de acta de recepción, que tendrá lugar una vez se constate la instalación del equipo y su puesta en funcionamiento de conformidad.

Tiempo máximo para la atención de averías: 6 horas.

Tiempo máximo de resolución: 48 horas.

En caso de que exceda este plazo, deberá cederse equipo de sustitución como medida de continuidad asistencial.

#### **4.- OTROS REQUERIMIENTOS.**

- El suministrador garantizará la existencia de piezas de repuesto para el mantenimiento preventivo y correctivo necesarias, como mínimo hasta 10 años después de la instalación del equipo.
- Cumplimiento de estándares de calidad: contar con marcado CE y normativa vigente.
- Se podrán solicitar muestras o demostraciones del equipo durante el periodo de evaluación.
- La empresa adjudicataria se compromete a impartir toda la formación necesaria para el manejo y total aprovechamiento de los equipos.

#### **5.- DOCUMENTACIÓN TÉCNICA (a presentar en el Sobre Único).**

- a) Cuestionario Anexo a este Pliego de Prescripciones Técnicas.
- b) Ficha técnica y descripción técnica del producto ofertado, así como cualquier otra información que, en su caso, resulte precisa, para acreditar el cumplimiento de los requerimientos técnicos establecidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.
- c) Manuales en castellano.
- d) Declaración de Marcado de Conformidad CE del producto sanitario ofertado.

Así como el resto de documentación técnica relativa a los criterios objetivos indicada el Pliego de Condiciones Administrativas Particulares

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>CONFORME:<br/>EL ADJUDICATARIO<br/>FECHA Y FIRMA</p> | <p>VºBº<br/>EL DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA.<br/>D. José Gilberto González Antón.</p>   | <p>INGENIERO DE<br/>ELECTROMEDICINA DEL<br/>HOSPITAL<br/>D. Alejandro Gómez Garvín</p>   |
|   | <p>Firmado digitalmente por: GONZALEZ ANTON JOSE GILBERTO - **3704**<br/>Fecha: 2024.06.11 13:07<br/>Verificación y validez por CSV: [REDACTED] La autenticidad del documento se puede comprobar en <a href="http://www.madrid.org/csv">www.madrid.org/csv</a>.</p> | <p>Firmado por GÓMEZ<br/>GARVÍN ALEJANDRO -<br/>***0237** el día 10/06/2024<br/>con un certificado emitido por<br/>SIA SUB01</p> |

**CUESTIONARIO ANEXO AL PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS.**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Nº PEDIDO / EXPTE:</b> |  |
|---------------------------|--|

**I. DATOS DEL EQUIPO**

1. DENOMINACIÓN DEL EQUIPO:
2. MARCA:
3. MODELO:
4. CASA COMERCIAL:
5. CASA FABRICANTE.
6. CERTIFICADO DE HOMOLOGACIÓN DEL EQUIPO:
7. CERTIFICADO DE CALIDAD DE LAS CASAS:

**II. GARANTÍA – SERVICIO DE MANTENIMIENTO**

1. ¿Cuál es el periodo de garantía del equipo?
2. ¿Quién atenderá este equipo durante el periodo de garantía?
3. ¿Oferta usted contratos de mantenimiento para este equipo?

SI ( )

NO ( )

Especifique distintas modalidades indicando:

- 3.1 ¿Cuál es el coste anual de los contratos?

Preventivo

Correctivo

Integral

- 3.2 ¿Qué incluye?
  - 3.3 ¿Qué incluyen? Y su coste.
  - 3.4 ¿Dónde se localizan los técnicos responsables de proporcionar este servicio?
  - 3.5 Detalle el personal técnico y cualificación profesional de éste.
  - 3.6 ¿Cuál es el tiempo de respuesta para atender nuestro equipo?
- 
- 4. ¿Durante cuánto tiempo se garantiza la asistencia técnica y el repuesto de materiales? (Deberá ser superior o igual a 10 años)
  
  - 5. ¿Ofrece un programa de capacitación para nuestros técnicos de mantenimiento?

### III. INSTALACIÓN

- 1. La instalación del equipo será responsabilidad del proveedor.
- 2. Para la instalación de este equipo se precisan:
  - 2.1 Energía eléctrica.
    - Voltaje:
    - Amperaje:
  - 2.2 Agua ( ) SI
  - 2.3 Desagüe ( ) SI
  - 2.4 Climatización ( ) SI
  - 2.5 Otros ( ) SI. Especifique:
  
- 3. ¿Con el equipo entregará usted los accesorios mecánicos, eléctricos o de otro tipo necesarios para su uso?
  - SI ( )                      NO ( )
  - Si la respuesta es sí, explique:
  
- 4. ¿El equipo necesita espacio físico especial?
  - SI ( )                      NO ( )



5. ¿Cómo realizará usted la entrega del equipo?
6. ¿Coordinará que entrega e instalación se hagan en la misma fecha?

SI ( )                      NO ( )

Explique:

#### **IV. SERVICIO Y USO**

1. ¿Suministra usted una unidad para la demostración o ensayo en el servicio?

SI ( )                      NO ( )

En caso afirmativo, explique en qué condiciones y por cuánto tiempo.

2. ¿Necesitará nuestro personal una formación previa para manejar el equipo?

SI ( )                      NO ( )

3. ¿Cuál es el rendimiento del equipo en unidades de explotación o tratamiento / hora?

4. Según su información, ¿Cuál es el coste medio por explotación o tratamiento empleando este equipo?

5. Indique las actualizaciones posibles para el equipo ofertado y especifique qué componentes se comprometen a actualizar (materiales, programas informáticos, etc.). Indique modalidad de actualización (por contrato, etc.) y, en su caso, dé una valoración económica.

6. ¿Cuánto tiempo hace que está este equipo en el mercado?

7. ¿El equipo necesita consumibles para funcionar?

SI ( )                      NO ( )

8. ¿Está incluido en el precio del equipo el suministro de consumibles para empezar?

SI ( )                      NO ( )

Si es así, ¿qué?

9. ¿Los consumibles a utilizar son compatibles con los de otra firma?

SI ( )

NO ( )

10. ¿Presenta manuales de usuario y servicio en español?

SI ( )

NO ( )

11. Indique tres centros hospitalarios (indicando Servicio), lo más próximos posibles, que utilicen este equipo y desde cuándo.

12. Indique especificaciones de consumo energético del equipo.

13. ¿Se han llevado a cabo, durante el proceso de fabricación, políticas de respeto medioambiental y gestión adecuada de los residuos?

## **V. PROVEEDOR**

Utilice esta sección para detallar cualquier información adicional que usted estime nos será de interés para tomar una decisión en la adjudicación.

## **Fecha y firma**