Emitir resolución de recursos

1. Generar resolución de recursos

Digitador	SURAYE ZAGLUL FIATT		
Fecha/hora gestión	08/09/2026 15:34	**Fecha/hora resolución**	08/09/2026 16:37
* **Procesos asociados**	Recursos	**Número documento**	8072026000001680
* **Tipo de resolución**	Fondo		
Número de procedimiento	2026LY-000030-0001000001	**Nombre Institución**	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Descripción del procedimiento	Servicios de Atención Médica Primaria a domicilio para Seguros Personales, según demanda		

2. Listado de recursos

Número	Fecha presentación	Recurrente	Empresa/Interesado	Resultado	Causa resultado
8002026000001879	20/08/2026 19:49	MELANY CASTRO MONTIEL	GRUPO DE PRODUCCION ALMO CR SOCIEDAD ANONIMA	Rechazo de plano por improcedencia manifiesta	Por falta de fundamentación
8002026000001880	20/08/2026 17:52	Natalia Zuñiga Ruiz	EMERGENCIAS MEDICAS DEL CONTINENTE SOCIEDAD ANONIMA	Con lugar	No aplica
8002026000001872	20/08/2026 08:16	NICOLE MARIE GUISLAIN RIBAS	SOLUCIONES MEDICAS SOLUMED SOCIEDAD ANONIMA	Parcialmente con lugar	No aplica

Emitir el por tanto de la resolución	☐

3. *Resultando

I. Que mediante auto No. 8052026000001232 de las ocho horas diecinueve minutos del veintiuno de agosto de dos mil veintiséis, esta División otorgó audiencia especial a la Administración licitante.

II. Que la presente resolución se emite dentro del plazo de ley, y en su trámite se han observado las prescripciones legales y reglamentarias correspondientes.

4. *Considerando

Recurso 8002026000001879 - GRUPO DE PRODUCCION ALMO CR SOCIEDAD ANONIMA

A) SOBRE EL FONDO. A) RECURSO INTERPUESTO POR GRUPO DE PRODUCCIÓN ALMO CR, S.A. 1) Sobre la experiencia. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: ***"II. CUADRO DE CALIFICACIÓN (TABLA PARA VALORACIÓN DE OFERTAS)****:* (...) ***B. Experiencia: (Máximo 45 puntos):*** *Se asignarán 45 puntos a la oferta que demuestra experiencia específica de la empresa en actividades similares a las requeridas en este pliego brindadas en el territorio costarricense, de acuerdo con la siguiente tabla: / Años de experiencia en Costa Rica - Puntuación / De 5 años y 1 día a 10 años - 15 puntos / De 11 años a 20 años - 25 puntos / De 21 años en adelante - 45 puntos./ Se considerará únicamente la experiencia de la empresa comprobada en servicios similares al indicado en la descripción del servicio, lo cual deberá certificar mediante Declaración Jurada. / La información declarada deberá estar respaldada por documentación verificable, tal como certificaciones, constancias de servicio, contratos u otros documentos, que permitan a la Administración corroborar lo indicado"* (destacado es del original).

Al respecto, la **recurrente** impugna el apartado *"B. Experiencia"* del pliego de condiciones, el cual otorga la totalidad de los 45 puntos del factor de evaluación exclusivamente a la antigüedad de la empresa en Costa Rica. Sostiene que esta metodología aplica saltos de puntuación desproporcionados e incurre en una clara incongruencia: mientras la Administración exige reglamentariamente que la empresa disponga de personal altamente calificado para la atención médica domiciliaria, omite reconocer puntaje a la trayectoria del profesional que ejecutará directamente el servicio.

Explica que lo importante es la naturaleza del objeto contractual -la prestación de servicios de atención médica primaria en el domicilio del paciente-, donde la calidad, oportunidad y capacidad resolutiva dependen del médico a cargo de las valoraciones, diagnósticos y tratamientos. En consecuencia, señala que la antigüedad de la persona jurídica por sí sola no garantiza la idoneidad clínica del profesional en campo, por lo que concentrar el 45% de la evaluación total únicamente en la trayectoria mercantil vulnera la vinculación objetiva que debe existir entre el sistema de evaluación y la ejecución material del contrato.

Finalmente, propone reestructurar la distribución de los 45 puntos mediante una regla de proporcionalidad: reducir el peso de la experiencia empresarial a un máximo de 15 puntos (evaluados en tramos progresivos a partir de los 5 años) y destinar los 30 puntos restantes a la experiencia específica del profesional médico propuesto (escalonada según sus años en atención primaria o domiciliaria, de 3 a 10 años o más), logrando así un balance entre la capacidad técnica corporativa y la idoneidad del recurso humano.

Además, propone establecer una metodología objetiva, progresiva y verificable para ambos componentes. Añade que subsidiariamente, en caso de que la Administración considere que los 45 puntos deben mantenerse exclusivamente para la experiencia de la empresa, se solicita que se incorpore al expediente la justificación técnica que sustenta dicha decisión.

La **Administración** señala, en primer lugar, que la experiencia organizacional es el parámetro idóneo y diferenciador para la asignación de puntaje, por cuanto el objeto contractual abarca la gestión integral, logística, tecnológica y operativa de un servicio médico domiciliario a nivel nacional con disponibilidad permanente, y no la sola prestación médica individual.

En segundo término, aclara que la idoneidad y trayectoria del personal profesional no fue omitida, sino configurada correctamente como un requisito técnico de cumplimiento obligatorio (admisibilidad) y no como un criterio de evaluación de ofertas. Considera que con esta estructura del pliego se asegura el perfil calificado del recurso humano como una condición mínima e indispensable para participar, reservando la calificación técnica a la capacidad empresarial y logística del oferente, elemento que incide directamente en la continuidad y calidad en la ejecución del contrato. Finalmente considera que el recurso debe rechazarse por falta de fundamentación.

A partir de lo dispuesto por las partes, conviene realizar varias precisiones. En primer lugar, debe recordarse que la Administración ostenta la potestad discrecional para definir los parámetros y factores de evaluación de las ofertas, siempre que respondan a la satisfacción del interés público y respeten los principios de razonabilidad, proporcionalidad y libre concurrencia (artículo 16 de la Ley General de la Administración Pública). En esa línea, es jurídicamente válido que la Administración decida ubicar la idoneidad del personal profesional como un requisito mínimo de admisibilidad (condición de cumplimiento obligatorio) y reservar la ponderación de puntaje evaluativo a la capacidad y experiencia de la empresa, sin que tal estructuración constituya por sí sola una infracción al ordenamiento jurídico.

En línea con lo expuesto, el objeto de la contratación es un servicio según demanda a nivel nacional, que debe operar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Además, requiere que la empresa cuente con una plataforma tecnológica integral (Software as a Service) accesible vía web y aplicación móvil para gestionar la trazabilidad de los servicios. Estas características evidencian que el éxito del contrato recae fuertemente sobre la capacidad logística, administrativa y tecnológica de la empresa oferente, justificando que la Administración pondere la trayectoria empresarial con un peso de 45 puntos.

Adicionalmente, el servicio requerido implica la estructuración y respaldo de una red operativa, disponibilidad ininterrumpida y soporte logístico a nivel nacional. Bajo esta premisa, según se desprende de la respuesta de la Administración, la experiencia de la organización constituye un indicador directamente relacionado con la solvencia operativa para sostener la prestación del servicio en las condiciones demandadas; sin que la recurrente haya logrado demostrar que la metodología elegida por el Grupo INS resulte desproporcionada o arbitraria.

Por otra parte, tal como señala la Administración, el pliego de condiciones ya protege la calidad de la atención médica al exigir que el servicio sea proporcionado por personal de salud debidamente capacitado y autorizado conforme a la normativa vigente. Asimismo, establece como requisito técnico que la persona oferente garantice contar con el personal necesario e idóneo y presentar declaraciones juradas de su capacitación. Por lo tanto, la capacidad técnica del médico que atiende no ha sido obviada, sino configurada como una barrera de entrada obligatoria, sin que la recurrente lo haya desvirtuado.

Por otra parte, es importante señalar que el artículo 246 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública (RLGCP) impone a quien impugna un pliego la obligación de fundamentar sustancialmente sus alegatos y rebatir los criterios técnicos de la Administración mediante prueba idónea aportada al proceso. Además, cuando se cuestiona la metodología o pertinencia de un factor de evaluación, no basta con presentar una propuesta alternativa fundada en apreciaciones subjetivas; se requiere la presentación de estudios técnicos, peritajes o análisis especializados que demuestren la irrazonabilidad del modelo establecido así como prueba que acredite que los factores de evaluación son irrazonables, impertinentes, desproporcionados o intrascendentes. No obstante, se observa que la prueba es omisa y la recurrente se limita sólo a dar razones de conveniencia sin acreditar lo que señala. Por lo tanto, al omitir la presentación de elementos probatorios de esta naturaleza es claro que la pretensión de la recurrente carece del sustento técnico necesario para desvirtuar la presunción de validez del acto administrativo.

Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas, las disposiciones de la Ley General de Contratación Pública (LGCP) y el artículo 246 de su Reglamento, se **rechaza de plano** el recurso interpuesto.

Consideración de oficio. Sin perjuicio de lo resuelto, estima este órgano contralor que la Administración debe revisar el punto B de la evaluación, específicamente la distribución de los años de experiencia ya que deja períodos al descubierto. Por ejemplo, la Administración no especifica cómo debe puntuar una empresa que tenga 10 años y un mes o 10 años y 11 meses; ya que el primer intervalo va de 5 años y 1 día a 10 años al rango de 11 años a 20 años. Misma situación ocurre de 11 años a 20 años y luego de 21 años en adelante. Por lo tanto, resulta necesario que la Administración analice este aspecto y realice las correcciones pertinentes.

Recurso 8002026000001880 - EMERGENCIAS MEDICAS DEL CONTINENTE SOCIEDAD ANONIMA

B) RECURSO INTERPUESTO POR EMERGENCIAS MÉDICAS DEL CONTINENTE, S.A. 1) Cláusula penal y multas. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: *" **Cláusula penal y multas**: / Con base en el artículo N°46 de la LGCP y N°117 del RLGCP, la persona Adjudicataria deberá cumplir con los indicadores de servicio establecidos en el Anexo N°2 "Indicadores y multas – AMP a domicilio", los cuales serán evaluados de forma mensual* (...) *Las multas determinadas para cada uno de los indicadores serán calculadas de forma independiente, de acuerdo con los resultados obtenidos en cada periodo mensual evaluado. / En caso de que se presenten incumplimientos en más de un indicador durante un mismo periodo, los porcentajes de multa correspondientes se aplicarán de manera acumulativa, sumándose entre sí./ El monto total de la multa resultante será aplicado sobre el monto de la facturación mensual correspondiente al periodo evaluado y será deducido en el trámite de pago respectivo"* (destacado es del original).

Al respecto la **recurrente** impugna la cláusula del pliego de condiciones relativa a "Cláusula penal y multas", la cual faculta a la Administración a incrementar discrecionalmente las sanciones hasta en un 25% adicional por rubro ante incumplimientos reiterativos.

Alega la indeterminación del hecho generador de la sanción agravada, pues el pliego omite precisar el número de reincidencias requeridas, el período de referencia para contabilizarlas y el debido proceso de audiencia previa. Considera que lo anterior contraviene los artículos 46 de la Ley General de Contratación Pública y 116 de su Reglamento, los cuales exigen que todo el régimen sancionatorio y sus supuestos estén debidamente detallados y motivados desde la fase precontractual para evitar modificaciones unilaterales y arbitrarias durante la ejecución contractual.

Asimismo, señala la vulneración de los principios de transparencia, igualdad y libre concurrencia, al privar a los oferentes de la posibilidad de dimensionar con certeza el riesgo financiero para estructurar sus ofertas económicas en igualdad de condiciones. Advierte además una manifiesta ilegalidad en la redacción pliegular, ya que la aplicación del porcentaje "por rubro" distorsiona el tope legal dispuesto en los artículos 46 de la Ley General de Contratación Pública y 117 de su Reglamento, los cuales fijan un límite máximo del 25% sobre el valor total del contrato para el cobro conjunto de multas y cláusula penal, y no un porcentaje independiente por cada indicador sancionable. En consecuencia, solicita suspender el procedimiento de contratación y modificar el pliego integrando los parámetros objetivos omitidos.

La **Administración** acoge la objeción por considerarla válida y procedente. Señala que hará la valoración correspondiente y gestionará las modificaciones y/o aclaraciones según corresponda.

En virtud de la respuesta que la Administración brinda al atender a la audiencia especial se estima que ésta se ha allanado a la pretensión de la recurrente por cuanto señala que acoge la objeción por considerarla válida y procedente. Por ende, se declara **con lugar** el recurso en el presente extremo. Para aceptar el allanamiento se asume que la Administración valoró detenidamente la conveniencia de la modificación y estimó que de ese modo se satisfacen apropiadamente sus necesidades. Así las cosas, la Administración debe proceder con la modificación respectiva.

Consideración de oficio. Esta Contraloría observa que, si bien el INS tituló el apartado IV.B como "Cláusula penal y multas" e invocó el numeral 117 del RLGCP, el desarrollo de la cláusula se limita de manera exclusiva a establecer multas mensuales por ejecución defectuosa ligadas a indicadores de servicio (NPS y tiempos de atención). Lo mismo el Anexo No. 2. Sin embargo, de conformidad con los artículos 116 y 117 del RLGCP, la multa y la cláusula penal corresponden a supuestos de hecho diferenciados (ejecución defectuosa/atraso e incumplimiento definitivo, respectivamente). Por ello, mantener un título y referencias normativas a la "cláusula penal" (Art. 117 RLGCP) sin regular un supuesto de hecho concreto para esta figura induce a error a los oferentes y vulnera el principio de seguridad jurídica. Debe recordarse que el pliego debe ser claro, suficiente y delimitar con precisión qué sanciones corresponden a retrasos operativos y cuáles a la indemnización por el incumplimiento definitivo del contrato. Por lo tanto, la Administración debe verificar este punto y definir si únicamente aplicará multas o si opta por mantener la cláusula penal para lo cual deberá regularse de forma expresa, objetiva e independiente.

Recurso 8002026000001872 - SOLUCIONES MEDICAS SOLUMED SOCIEDAD ANONIMA

C) RECURSO INTERPUESTO POR SOLUCIONES MÉDICAS SOLUMED, S.A. 1) Sobre la desproporción de la garantía de cumplimiento. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: *" **REQUISITOS FORMALES PARA LA PERSONA ADJUDICATARIA**: / **A. Garantía de Cumplimiento:** El monto de la Garantía de cumplimiento es fijo y corresponde a ¢35.460.000,00 (Treinta y cinco millones cuatrocientos sesenta mil colones exactos)"* (destacado es del original).

Al respecto, la **objetante** señala que la garantía de cumplimiento fijada en 35.460.000,00 de colones vulnera los principios de razonabilidad y proporcionalidad al fundamentarse en un estudio de mercado defectuoso, basado en una única cotización (por 78.800,00 colones) que infló artificialmente la estimación contractual. Indica que aunque el Instituto Nacional de Seguros (INS) reconoció la debilidad de este parámetro y estableció un rango de tolerancia a la baja de hasta un -22,60%, mantuvo rígido el monto de la garantía calculado sobre el escenario tarifario más alto. Por ello estima que esta asimetría penaliza a las ofertas más eficientes, pues inmoviliza un porcentaje de capital significativamente mayor (6,47% frente al 5,00% reglamentario) para quien cotice los precios más competitivos.

Añade que las proyecciones de consumo (200 servicios mensuales) carecen de sustento técnico, actuando la propia Administración bajo el reconocimiento explícito de no contar con datos históricos por tratarse de un servicio nuevo. Por esa razón estima que exigir una garantía fija sobre estimaciones subjetivas en un contrato según demanda -donde el INS no garantiza la ejecución de un volumen mínimo- traslada indebidamente el riesgo de la falta de planificación al contratista, restringiendo la libre concurrencia y generando indefensión al desconocerse los criterios objetivos empleados para cuantificar dicha demanda.

Adiciona que el pliego incentiva la participación de empresas certificadas como Pyme, sin embargo, la garantía de cumplimiento impuesta es una barrera para dicha participación. Por lo tanto solicita que se defina un monto más ajustado a la realidad de mercado considerando que la misma Administración reconoce que su estudio de mercado es débil y no refleja la realidad de mercado, por lo que solicita que justifique de qué forma, el único precio cotizado es suficiente para determinar todo lo relativo a los costos del contrato. De forma supletoria solicita que al menos la Administración calcule el monto de la garantía a partir del precio razonable más bajo permitido que es de 60 mil colones y no los 78 mil colones que utilizó para establecer la cláusula impugnada.

La **Administración** manifiesta que la estimación del monto contractual y de la garantía de cumplimiento no es arbitraria, sino que responde a un análisis técnico y actuarial riguroso. Indica que al tratarse de un servicio médico nuevo, utilizó como referencia el comportamiento de prestaciones similares y determinó una demanda conservadora de 720 servicios mensuales. Aclara, además, que la cifra de 200 servicios mensuales señalada por la empresa recurrente (SOLUMED) obedece únicamente a una proyección presupuestaria preliminar para el cierre del año 2026, la cual carece de vocación para definir el dimensionamiento definitivo del contrato.

Respecto a la razonabilidad del cálculo, justifica que, ante la limitada respuesta del mercado (una única oferta formal tras varias publicaciones en SICOP), fue indispensable y válido complementar el estudio de mercado con información histórica y modelación actuarial. Asimismo, defiende que la garantía de cumplimiento fue calculada correctamente sobre el valor estimado de la contratación y no sobre el límite inferior del rango de razonabilidad de precios; esto debido a que dicho rango es un parámetro de evaluación diseñado exclusivamente para descartar ofertas con precios ruinosos o excesivos, y no constituye una proyección anticipada del precio que resultará adjudicado.

Finalmente, desvirtúa la supuesta afectación a la libre concurrencia y a la participación de las PYMES. Sostiene que la garantía exigida es una medida legítima para resguardar el interés público, siendo totalmente proporcional a la magnitud, el riesgo, la disponibilidad y la cobertura nacional que exige el servicio. Concluye que dado que el recurrente se limitó a realizar afirmaciones generales sin aportar pruebas técnicas o financieras que demuestren una barrera real al mercado, recomienda declarar sin lugar el recurso de objeción en todos sus extremos y mantener intactas las reglas del pliego de condiciones.

Tras contrastar los argumentos a la luz del marco normativo de la contratación pública, estima este órgano contralor que el alegato debe **rechazarse de plano,** según se explica a continuación.

En primer lugar, es potestad y deber de la Administración realizar una estimación de la cuantía del contrato. En contratos bajo la modalidad "según demanda" de servicios nuevos, es legalmente válido y técnicamente correcto utilizar modelos actuariales y datos de servicios comparativos. En esa línea, la Administración explica y desvirtúa el argumento del recurrente al demostrar que su cálculo no se basó en los "200 servicios" (dato preliminar), sino en un análisis actuarial formal que estimó una utilización conservadora de 720 servicios mensuales.

Por otra parte, el ordenamiento jurídico establece que el porcentaje de la garantía de cumplimiento se calcula sobre la estimación del negocio o el monto adjudicado. Al ser una licitación según demanda de cuantía inestimable en su tope máximo, fijar una garantía en un monto absoluto basado en la proyección técnica de la Administración es el procedimiento correcto.

Adicionalmente, el razonamiento financiero del objetante es erróneo en el contexto de la contratación pública. El monto de la garantía persigue mitigar el riesgo de la Administración frente al volumen operativo de un servicio crítico (salud a nivel nacional), no ser un porcentaje flotante de la utilidad o tarifa del contratista. En ese sentido, que una empresa oferte un precio menor es un tema de su propia estructura de costos y competitividad para ganar la licitación, pero el riesgo y tamaño de la operación que el Estado debe asegurar frente a un incumplimiento sigue siendo el mismo.

Finalmente, la recurrente no aporta prueba financiera o técnica que demuestre que el monto fijado sea materialmente imposible de cumplir por el mercado o que restrinja abusivamente la libre concurrencia, recayendo en meras afirmaciones generales, siendo que conforme a la normativa, le corresponde demostrar lo que alega.

Es por lo expuesto que se **rechaza de plano,** este aspecto del recurso.

2) Sobre la ausencia de información en las bases del concurso. i) Sobre la cantidad de servicios mensuales. Criterio de la División. La **objetante** señala que las bases del concurso carecen de sustento técnico objetivo al proyectar de manera arbitraria una cantidad de 200 servicios mensuales para el año 2026. Indica que a pesar de que la propia Administración admite en el pliego de condiciones la ausencia de datos históricos por tratarse de un servicio nuevo, impone volúmenes de consumo específicos sin aportar un estudio de viabilidad, censo de la población asegurada o corrida actuarial que los respalde. Indica que esta falta de justificación científica genera indefensión en los participantes al desconocer el origen y la razonabilidad de las cifras fijadas.

Asimismo, argumenta que esta incertidumbre somete a los oferentes a un riesgo especulativo inaceptable, pues deben dimensionar y cotizar una infraestructura operativa a nivel nacional bajo la modalidad "según demanda", sin que el INS garantice un consumo mínimo ni asegure la

rentabilidad del servicio. En consecuencia, solicita que la Administración aporte los estudios técnicos y actuariales correspondientes, o bien, la cantidad de personas aseguradas con el beneficio, para garantizar la debida formulación de las propuestas económicas.

La **Administración** manifiesta que la ausencia de datos históricos específicos para la Atención Médica Primaria a domicilio no vicia de arbitrariedad la estimación de demanda, al tratarse de una prestación nueva. Agrega que el dimensionamiento contractual (fijado en una proyección promedio de 750 atenciones mensuales) se respaldó técnicamente en modelos desarrollados por la Dirección Actuarial a partir de servicios comparables brindados en centros médicos afiliados. Asimismo, aclara que la cifra de 200 servicios mensuales cuestionada por Solumed corresponde únicamente a una estimación presupuestaria preliminar para el cierre del año 2026, la cual no constituye el parámetro técnico definitivo de la contratación.

Agrega que considerando la confidencialidad y la naturaleza del modelo, no está obligada a revelar los insumos actuariales internos ni las bases de datos institucionales, habiendo incorporado de manera suficiente en el expediente administrativo los resultados y conclusiones indispensables para la formulación de ofertas. Adiciona que por otra parte, al tramitarse el concurso bajo la modalidad según demanda, las proyecciones sirven únicamente como marco de orientación presupuestaria y operativa, sin que exista la obligación legal de garantizar un volumen mínimo de ejecución, condición que es consustancial a este esquema contractual y conocida por los participantes. Solicita que se rechace la objeción en este aspecto.

Visto lo dispuesto por las partes, frente a los elementos que constan en el expediente, este órgano contralor estima que el alegato debe ser **rechazado** con base en las consideraciones que se explican a continuación.

El artículo 246 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública establece que todo recurso de objeción debe presentarse debidamente fundamentado, imponiendo al promovente la carga de aportar la prueba idónea para sustentar sus afirmaciones. Por lo tanto, cuando un licitante pretenda cuestionar los estudios o las estimaciones técnicas que sirven de motivo a la decisión administrativa, está jurídicamente obligado a rebatir dichos estudios de manera razonada y también a aportar criterio técnico o pericial emitido por profesionales calificados que desvirtúe lo actuado por la Institución.

En el caso particular, según se observa en su acción recursiva, la recurrente se limita a alegar la existencia de una supuesta “incertidumbre técnica” e inconsistencia en la estimación del volumen de servicios, pero omite aportar elemento probatorio alguno -como un peritaje o estudio de mercado- que valide sus afirmaciones. Esto es, la empresa objetante se limita a hacer una referencia genérica a los anexos del pliego sin especificar a cuál documento se refiere ni demostrar técnicamente el perjuicio, lo cual, como se indicó, es contrario a lo dispuesto en el artículo 246 del RLGCP.

Aunado a lo expuesto, la Administración justificó de manera clara en su respuesta que la cifra de 200 servicios responde a una ponderación interna de planificación presupuestaria proyectada para el arranque inicial a finales de 2026, por lo que posee una lógica técnica y fiscal congruente con la etapa del proyecto. Debe recordarse que es la Administración quien conoce su necesidad y la mejor forma de verla satisfecha, siendo además que la Institución tiene discrecionalidad para formular las condiciones del concurso.

Por otra parte, la recurrente no rebate puntualmente los documentos y análisis técnicos incorporados por el INS al expediente administrativo. En esa línea se observa que en vez de rebatir los archivos e información incluida en el expediente de forma puntual, y de confrontar el contenido de los estudios existentes mediante criterios contrapuestos, se limita a manifestar su disconformidad sin explicar ni demostrar por qué las explicaciones e insumos provistos por la institución resultan insuficientes.

Aunado a lo expuesto, resulta oportuno advertir al impugnante que la presente contratación fue estructurada bajo la figura contractual de entregas según demanda. Por lo tanto, considerando la naturaleza misma de este mecanismo, resulta materialmente inviable preestablecer volúmenes exactos o definitivos a priori, dado que el propósito central de esta modalidad es facultar a la Administración para requerir las prestaciones de forma paulatina, ajustándose estrictamente al surgimiento real y contingente de la necesidad institucional.

Finalmente, es criterio de este órgano contralor que la pretensión de requerir nuevos estudios actuariales o censos de asegurados carece de sustento jurídico, en tanto la promovente no fundamentó ni probó las razones por las cuales las estimaciones y escenarios desarrollados por la Administración resultan erróneos o inapropiados para dimensionar la oferta.

Por las razones expuestas, se **rechaza de plano** este extremo del recurso.

Consideración de oficio. Sin perjuicio de lo resuelto, estima necesario este órgano contralor que la Administración de forma clara establezca en el pliego de condiciones la estimación que realizó de los servicios. Lo anterior, ya que la Institución en su respuesta a la audiencia se refiere a una estimación de 750 servicios, sin embargo en el documento de Garantía de Cumplimiento se refieren a una estimación de 720 servicios y en el documento de Estimación de costos por uso se refieren a 200 y a 1670 servicios. Por lo tanto, deberá unificarse este aspecto.

ii) Sobre la cantidad de médicos. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: *“* ***Horario de trabajo.*** */* ***Horario -*** *La prestación del servicio se realizará en el horario de 24 horas los 7 días de la semana, 365 días al año/* ***Otras condiciones -*** *El servicio contratado debe prestarse a nivel nacional”* (destacado es del original).

La **objetante** señala que las bases del concurso omiten definir el número mínimo de médicos, unidades móviles o roles de guardia necesarios para garantizar la cobertura nacional requerida (24/7/365, con tiempos de respuesta exigidos de 2 horas en la GAM y 3 fuera de ella). Indica que a pesar de la complejidad logística del servicio y el régimen sancionatorio aplicable, la Administración traslada de forma indeterminada toda la responsabilidad operativa al participante mediante cláusulas genéricas, impidiendo dimensionar objetivamente la estructura de personal requerida para la ejecución del contrato.

Estima que esta falta de parámetros claros destruye la homogeneidad y comparabilidad de las ofertas, pues coloca en desventaja competitiva al participante que cotice una plantilla técnicamente suficiente frente a propuestas temerarias o subdimensionadas. En consecuencia, solicita que la Administración fije expresamente el mínimo de personal médico aceptable, garantizando la equidad en la contienda económica e incentivando la presentación de ofertas viables y ajustadas a la realidad del servicio.

La **Administración** rechaza la pretensión al tratarse de un servicio nuevo gestionado bajo la modalidad según demanda, donde la imposición de estructuras operativas rígidas carece de sustento técnico inicial y desvirtúa la dinámica propia de esta tipología contractual.

Indica que el pliego fue estructurado sobre especificaciones orientadas al desempeño y resultados esperados -tales como tiempos máximos de atención, cobertura nacional, niveles de servicio y régimen sancionatorio-, trasladando a cada oferente la responsabilidad de proyectar su propia logística según su experiencia y capacidad instalada. Solicita que se rechace este extremo del recurso.

Una vez revisados los argumentos de las partes, este órgano estima pertinente recordar que en el marco de la contratación pública costarricense (específicamente en el artículo 38 de la Ley General de Contratación Pública), la Administración posee la facultad técnica de definir las condiciones contractuales en función de resultados e indicadores de rendimiento, sin que esté obligada a prefijar la dotación específica de medios físicos o de personal, salvo cuando la naturaleza del servicio exija un mínimo técnico imperativo. En ese sentido, la fijación de niveles de servicio -como tiempos de respuesta y cobertura obligatoria- constituye una técnica válida para promover la libre concurrencia, permitiendo que cada competidor proponga su propio modelo de eficiencia operativa.

Ahora bien, el hecho de que la Administración no establezca un número rígido de médicos o unidades móviles no coloca a los oferentes en indefensión ni rompe la igualdad de condiciones. Lo anterior, por cuanto los requerimientos contractuales son claros y exigibles de manera uniforme para todos los participantes: cumplir con la atención a nivel nacional 24/7/365 dentro de los plazos de 2 y 3 horas fijados. En ese sentido, corresponde a la solvencia técnica, experiencia y estructura de costos de cada empresa estructurar la logística óptima para cumplir con las multas y los indicadores exigidos, asumiendo el riesgo empresarial propio de la materia.

En línea con lo expuesto, se tiene que la normativa moderna de contratación pública privilegia que la Administración defina sus necesidades basándose en el desempeño, niveles de servicio (SLA) y resultados, y no dictando los medios exactos de cómo el proveedor debe hacer su trabajo. Es por ello que el pliego define los resultados obligatorios: cobertura a nivel nacional, atención 24 horas los 7 días de la semana y los 365 días del año. Además, fija tiempos máximos de atención: 2 horas en el Gran Área Metropolitana (GAM) y 3 horas fuera del GAM pero sin imponer un número de médicos mínimos o unidades. Y es que un oferente podría tener una planilla médica centralizada, mientras que otro podría utilizar una red descentralizada de médicos afiliados o plataformas tecnológicas de economía colaborativa en salud; por lo que obligar a definir de previo el personal fijo destruiría la innovación y limitaría la libre concurrencia injustificadamente.

Por otra parte, conforme al ordinal 246 del RLGCP, se observa que la recurrente tenía la carga de probar técnicamente que la ausencia de un mínimo de médicos resulta imposible de operativizar o que distorsiona de forma insubsanable el mercado. No obstante se visualiza que la promovente se limitó a formular apreciaciones subjetivas sobre “ofertas temerarias” y “cotizaciones a ciegas”, sin aportar peritajes o análisis operativos que demuestren que la metodología del INS contraviene la ciencia o la técnica. Es por lo expuesto y, tomando en consideración la respuesta de la Administración que estima este órgano contralor que el punto debe **rechazarse de plano.**

iii) Sobre el idioma. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: *“**G. Idioma y localización:** / El servicio debe brindarse en idioma español e inglés, de acuerdo con la necesidad del asegurado”* (destacado es del original).

Al respecto, la **objetante** señala una indeterminación técnica respecto a la exigencia de brindar el servicio en español e inglés, al omitir el pliego de condiciones precisar si la totalidad de la plantilla médica debe contar con certificación bilingüe o si resulta admisible utilizar esquemas alternativos, tales como roles de guardia bilingües o personal de soporte en traducción.

Indica que dado que el costo de contratación de personal médico bilingüe difiere sustancialmente del de una planilla estándar, esta imprecisión impide dimensionar con exactitud los costos directos de mano de obra en la estructura de precios. En consecuencia, la promovente solicita a la Administración aclarar el alcance exacto del requerimiento idiomático para permitir la elaboración de propuestas ajustadas y en igualdad de condiciones.

La **Administración** rechaza la objeción planteada contra el requisito del pliego que exige brindar el servicio en idioma español e inglés según la necesidad de la persona asegurada. Aclara que la cláusula constituye una especificación orientada a resultados, por lo que la definición de la logística o el mecanismo operativo interno para garantizar la atención bilingüe corresponde a la libertad de organización empresarial de cada oferente, permitiéndole proyectar sus costos y recursos de la manera más eficiente posible.

Asimismo, estima que la recurrente no logró acreditar que la disposición del pliego limite la libre concurrencia o le impida estructurar una propuesta económica y técnica competitiva. Considera que al constatarse que la condición fijada en el pliego es clara, razonable y suficiente para los fines del concurso, solicita que se rechace el recurso de objeción interpuesto y mantener inalteradas las reglas del procedimiento.

Visto lo indicado por las partes, conviene realizar varias precisiones. En primer lugar, esta División reconoce que, en el marco de una contratación según demanda (Art. 195 RLGCP) y bajo el principio de eficiencia, la Administración está facultada para redactar especificaciones técnicas en términos de desempeño y funcionalidad (artículo 40 de la LGCP), evitando interferir o regular la estructura organizativa interna del contratista. Por ende, resulta jurídicamente improcedente obligar al INS a imponer un porcentaje rígido de planilla médica bilingüe, pues la forma de cumplir el resultado recae bajo el riesgo y la gestión del adjudicatario.

Sin embargo, la potestad de utilizar especificaciones funcionales no exime a la Administración de definir con precisión el estándar de calidad mínimo aceptable del resultado esperado. El pliego de condiciones de marras adolece de una indeterminación -ahora con la respuesta la Administración lo aclara- sobre qué se entenderá por “brindar el servicio en inglés”. Esta omisión impide a los oferentes conocer si el estándar del servicio requiere que el profesional de la salud en sitio posea una competencia bilingüe verificable o si se admitirán herramientas tecnológicas de traducción o soporte remoto de traducción simultánea.

Esta indefinición del pliego violenta los principios de transparencia, igualdad de trato y comparabilidad de las ofertas (artículos 8 de la LGCP y 90 de su Reglamento), pues expone al concurso a que se coticen estructuras de costos radicalmente disímiles e incomparables entre sí (asumiendo algunos oferentes el costo de profesionales bilingües y otros el de herramientas básicas de traducción).

Por consiguiente, se declara **con lugar** el recurso en este extremo. Se ordena a la Administración modificar el pliego de condiciones, de forma que defina con claridad el estándar técnico mínimo, el nivel de competencia o los parámetros de idoneidad admisibles a través de los cuales el contratista deberá garantizar la atención médica bilingüe, resguardando la homogeneidad en la formulación de las ofertas y la seguridad de los pacientes.

iv) Sobre el copago. Criterio de la División. Sobre el punto en discusión, el pliego de condiciones dispone: *“ **Detalle del Servicio:*** (...) *Para la cotización del costo de servicio se debe considerar que el asegurado tendrá una participación de 8.000,00 colones (Ocho mil colones*

exactos) en cada servicio brindado, la cual debe ser cobrada directamente por el proveedor del servicio al asegurado. Dentro del precio ofertado no debe incluirse el monto de la participación del asegurado" (destacado es del original).

Al respecto, la **objetante** señala una indeterminación en el pliego referente al copago de 8.000,00 colones que el proveedor debe cobrar directamente al asegurado, al omitirse el flujo de caja y la integración contable de dicho monto. Indica que específicamente, el pliego no aclara si la suma constituye un ingreso neto adicional o si el INS la deducirá de la facturación mensual del servicio, ni precisa el tratamiento tributario del IVA aplicable o la responsabilidad financiera ante la eventual negativa de pago por parte del usuario en el sitio.

Agrega que dicha omisión contable e inconsistencia operativa impide formular proyecciones de rentabilidad reales y estructurar el desglose formal de costos directos, indirectos y utilidad exigido por el artículo 42 de la Ley General de Contratación Pública. Por tanto, solicita a la Administración fijar reglas claras sobre el manejo financiero, fiscal y de cobro de dicho copago para garantizar la debida formulación de las ofertas.

La **Administración** estima que el pliego de condiciones regula de forma clara y suficiente la participación económica del asegurado, fijándola en un monto fijo de 8.000,00 colones por cada servicio efectivamente brindado. Indica que este rubro debe ser cobrado de manera directa por la persona contratista al usuario y debe excluirse explícitamente del precio a cotizar, por lo que la propuesta económica reflejará exclusivamente el monto neto que asumirá el Instituto, equivalente al costo total del servicio menos la participación directa de la persona asegurada.

Estima que el pliego provee las reglas técnicas y presupuestarias indispensables para que los potenciales oferentes estructuren sus ofertas económicas sobre bases transparentes y sin margen de ambigüedad, por lo que descarta cualquier vicio de indefinición en la cláusula impugnada y solicita rechazar el recurso en este extremo.

Al analizar las posiciones expuestas, esta División determina que asiste la razón a la empresa recurrente. Al respecto, el argumento del INS en el sentido de que el pliego de condiciones regula de forma "clara y suficiente" este aspecto resulta jurídicamente inatendible. Sobre esto, consta en el expediente que el pliego de condiciones original es absolutamente omiso en detallar la integración matemática y contable del copago, limitándose a indicar de forma escueta que dicho rubro de 8.000,00 colones no debe incluirse en el precio ofertado.

La mayor evidencia de esta falta de claridad y suficiencia cartelaria la aporta la propia Administración en su informe de audiencia especial (oficio PROV-05020-2026) ya que en dicho documento, para intentar explicar el funcionamiento de la regla, el Departamento de Proveeduría se vio en la necesidad de incorporar, por primera vez en el proceso, un desglose conceptual y un "Ejemplo ilustrativo" con una tabla financiera (que detalla la fórmula: *Precio ofertado al INS + Participación del Asegurado = Ingreso total percibido por el contratista*).

De esta forma, a la luz de los principios de seguridad jurídica, transparencia y claridad del pliego (artículos 8 y 40 de la LGCP), estima este órgano contralor que si una disposición o requerimiento requiere que la Administración elabore fórmulas ilustrativas y explicaciones matemáticas ex-post en un informe de defensa para ser comprendida, queda acreditado de forma indubitable que el pliego de condiciones original padece de una laguna técnica y carece de la autosuficiencia requerida.

Es importante señalar que los oferentes tienen el derecho de conocer las reglas económicas del concurso directamente de las bases del diseño del pliego, sin estar sujetos a buscar interpretaciones o desgloses financieros en oficios colaterales de respuesta, los cuales no tienen la virtud de reformar o integrar de manera formal el pliego de condiciones a menos de que se tramite una modificación formal en SICOP.

Al comprobarse que el pliego de condiciones original no es suficientemente claro y no contiene el flujo financiero, el tratamiento impositivo del IVA, ni las reglas contables del copago, es claro que requiere modificarse a efecto de que sea suficientemente claro y completo y por ello este punto se declara **con lugar**.

5. Aprobaciones

Encargado	SURAYE ZAGLUL FIATT	**Estado firma**	La firma es válida
Fecha aprobación(Firma)	08/09/2026 15:42	**Vigencia certificado**	13/05/2025 10:44 - 12/05/2029 10:44
DN Certificado	CN=SURAYE ZAGLUL FIATT (FIRMA), OU=CIUDADANO, O=PERSONA FISICA, C=CR, GIVENNAME=SURAYE, SURNAME=ZAGLUL FIATT, SERIALNUMBER=CPF-01-1179-0464		
CA Emisora	CN=CA SINPE - PERSONA FISICA v2, OU=DIVISION SISTEMAS DE PAGO, O=BANCO CENTRAL DE COSTA RICA, C=CR, SERIALNUMBER=CPJ-4-000-004017		

Encargado	MARCO ANTONIO LOAICIGA VARGAS	**Estado firma**	La firma es válida
Fecha aprobación(Firma)	08/09/2026 16:37	**Vigencia certificado**	16/02/2026 13:52 - 15/02/2030 13:52
DN Certificado	CN=MARCO ANTONIO LOAICIGA VARGAS (FIRMA), OU=CIUDADANO, O=PERSONA FISICA, C=CR, GIVENNAME=MARCO ANTONIO, SURNAME=LOAICIGA VARGAS, SERIALNUMBER=CPF-03-0425-0430		
CA Emisora	CN=CA SINPE - PERSONA FISICA v2, OU=DIVISION SISTEMAS DE PAGO, O=BANCO CENTRAL DE COSTA RICA, C=CR, SERIALNUMBER=CPJ-4-000-004017		

6. Notificación resolución

Fecha/hora máxima adición aclaración	11/09/2026 23:59		
Número resolución	R-DCP-SICOP-01618-2026	**Fecha notificación**	08/09/2026 16:37