

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGION JUDICIAL DE SAN JUAN
PANEL I

MULTIDISCIPLINARY PATIENT
HEALTH CARE, INC.

Recurrido

v.

MMM HEALTH CARE, INC.

Peticionario

KLCE201401408

Certiorari procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala de San
Juan

CIVIL NÚM.:
K CD2013-2558 (807)

SOBRE:
Cobro de Dinero

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Fraticelli Torres, la Juez Ortiz Flores y el Juez Ramos Torres

Fraticelli Torres, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 3 de febrero de 2015.

MMM Healthcare, Inc. nos solicita que expidamos el auto de *certiorari* y revoquemos la resolución dictada por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan, que declaró no ha lugar su moción de desestimación de la acción de cobro de dinero que presentó contra ella por Multidisciplinary Patient Health Care, Inc. El foro de primera instancia rechazó el argumento de que la ley y la reglamentación federal de Medicare, *infra*, ocupan el campo y, por ende, que el foro recurrido carece de jurisdicción sobre la materia para atender esa demanda.

Luego de evaluar los méritos de la petición y considerar los argumentos de la parte recurrida, resolvemos expedir el auto discrecional y revocar el dictamen recurrido.

Examinemos sucintamente los antecedentes fácticos y procesales del

caso y luego el derecho aplicable a la única cuestión jurídica planteada.

I

El 18 de octubre de 2013 Multidisciplinary Patient Health Care, Inc. (en adelante, "Multidisciplinary") presentó la demanda de cobro de dinero contra MMM Healthcare, Inc. (en adelante, MMM) en la que alegó que desde 2005 había estado proveyendo equipo médico duradero a pacientes beneficiarios de Medicare, asegurados a través de MMM. Sostuvo que desde esa fecha MMM no le ha pagado por los servicios provistos a sus beneficiarios. Reclamó la suma de \$1,287,427.24 por concepto de las facturas impagadas, la suma de \$1,000,000.00 por las pérdidas que alegadamente le ocasionó la falta de pago de MMM y, además, solicitó \$10,000.00 por concepto de honorarios de abogado.

El 23 de diciembre de 2013 MMM solicitó la desestimación de la demanda bajo el fundamento de que el foro de primera instancia carece de jurisdicción para atender la reclamación de Multidisciplinary debido a que la legislación y la reglamentación federal relativa a Medicare ocupan el campo. Según su análisis, la ley y la reglamentación federal de Medicare distinguen entre el proveedor que provee servicios al amparo de un contrato suscrito con el plan médico privado y el proveedor "no contratado". Es decir, cuando un proveedor provee servicios sin un contrato escrito, la ley y la reglamentación federal que regulan esa materia desplazan cualquier remedio exigible ante los foros estatales. MMM adujo que entre 2005 y 2011 Multidisciplinary proveyó sus servicios como un proveedor "no contratado", razón por la cual debía desestimarse la reclamación **para ese período en específico**.

El 23 de enero de 2014 Multidisciplinary se opuso a la solicitud de desestimación. Adujo que las disposiciones federales en las que se ampara

MMM para solicitar la desestimación no son aplicables al caso de autos porque regulan reclamaciones de pago a Medicare y controversias sobre si los servicios provistos por suplidores o proveedores están o no cubiertos por Medicare. Arguyó que su demanda es una reclamación específica de cobro de dinero por equipo provisto y no pagado por lo que las disposiciones federales no ocupan el campo.

El 25 de febrero de 2014 el foro *a quo* dictó la resolución recurrida que declaró no ha lugar la solicitud de desestimación.¹ Sobre la improcedencia de la solicitud de desestimación, el tribunal solo dijo lo siguiente: “[e]n nuestro ordenamiento jurídico una moción para desestimar no se interpreta liberalmente y sólo se desestimaré si el demandante no tiene derecho a ningún remedio bajo cualquier hecho que pueda probar en juicio a base de lo alegado en la demanda”.² Sin embargo, no se expresó sobre el planteamiento de falta de jurisdicción sobre la materia.

El 6 de marzo de 2014 MMM solicitó la reconsideración y Mutidisciplinary se opuso. Luego de varios trámites procesales, el 19 de septiembre de 2014 el foro de primera instancia declaró no ha lugar la reconsideración.³ Inconforme, MMM acude ante este foro apelativo intermedio y nos solicita que revoquemos el dictamen recurrido. Aduce que el foro de primera instancia erró al no desestimar las reclamaciones de Multidisciplinary entre 2005 y el 7 de julio de 2011 por falta de jurisdicción sobre la materia, toda vez que la controversia en cuanto a esas reclamaciones está desplazada por la legislación federal de Medicare.

¹ Ese dictamen fue notificado el 27 de febrero de 2014.

² Apéndice, en la pág. 40.

³ Ese dictamen fue notificado el 23 de septiembre de 2014.

II

Se nos pide que activemos nuestra jurisdicción discrecional para evaluar la denegatoria de una moción dispositiva. El auto de *certiorari* es el vehículo procesal extraordinario utilizado para que un tribunal de mayor jerarquía pueda corregir un error de derecho cometido por un tribunal inferior. *Pueblo v. Colón Mendoza*, 149 D.P.R. 630, 637 (1999). Este procede para revisar errores de derecho en lo procesal y lo sustantivo. *Íd.* Distinto al recurso de apelación, el tribunal de superior jerarquía tiene la facultad de expedir el auto de *certiorari* de manera discrecional, por tratarse ordinariamente de asuntos interlocutorios.

A tenor de la Regla 52.1 de Procedimiento Civil de 2009, según enmendada por la Ley 177-2010, el Tribunal de Apelaciones puede acoger peticiones de *certiorari* y resolver de conformidad cuando se recurra “**de la denegatoria de una moción de carácter dispositivo**”, como lo es la denegatoria de una moción de desestimación o de sentencia sumaria. No obstante, en estos casos debemos evaluar la petición a base de los criterios que establece la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, que no fue abolida ni limitada por las nuevas Reglas de Procedimiento Civil. Al contrario, es compañera obligada de la Regla 52.1 de Procedimiento Civil al definir y dirigir el ejercicio de nuestra discreción en la expedición de los autos de *certiorari*.

Regla 40 - Criterios para la expedición del auto de *certiorari*

El Tribunal tomará en consideración los siguientes criterios al determinar la expedición de un auto de *certiorari* o de una orden de mostrar causa:

- (A) **Si el remedio y la disposición de la decisión recurrida, a diferencia de sus fundamentos, son contrarios a derecho.**
- (B) Si la situación de hechos planteada es la más indicada para el análisis del problema.
- (C) Si ha mediado prejuicio, parcialidad o error craso y manifiesto en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Primera Instancia.

(D) Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegatos más elaborados.

(E) Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.

(F) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final del litigio.

(G) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.

4 L.P.R.A. Ap. XXII-B R. 40.

Por otro lado, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha sido enfático al señalar que el foro intermedio apelativo no debe intervenir y debe abstenerse de revisar los dictámenes interlocutorios que emita el foro de instancia durante el transcurso de un procedimiento, a fin de promover su más rápida disposición final. Solamente en aquellos casos que se demuestre que el dictamen interlocutorio del foro de instancia es arbitrario o constituye un abuso de discreción, el foro apelativo debe ejercer su facultad revisora. *Meléndez v. Caribbean Int'l. News*, 151 D.P.R. 649, 664 (2000); *Meléndez v. F.E.I.*, 135 D.P.R. 610, 615 (1994).

Se ha definido la discreción judicial como “el poder para decidir en una u otra forma, esto es, para escoger entre uno o varios cursos de acción”[;] “es una forma de razonabilidad aplicada al discernimiento judicial para llegar a una conclusión justiciera”. Véanse *Pueblo v. Sánchez González*, 90 D.P.R. 197, 200 (1964); *Pueblo v. Ortega Santiago*, 125 D.P.R. 203, 211 (1990); *Pueblo v. Colón Mendoza*, 149 D.P.R. 630, 637 (1999); *García v. Padró*, 165 D.P.R. 324, 334-335 (2005). Es decir, toda determinación judicial debe estar avalada por el convencimiento del juzgador de que la decisión tomada se sostiene en el **estado de derecho aplicable a la cuestión planteada**. Ese ejercicio constituye “la razonabilidad” de la sana discreción judicial. *Negrón v. Srio. de Justicia*, 154 D.P.R. 79, 91 (2001); que cita con aprobación a *Bco. Popular de*

P.R. v. Mun. de Aguadilla, 144 D.P.R. 651, 658 (1997).

Al amparo de las Reglas 52.1 de Procedimiento Civil y 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, activamos nuestra jurisdicción discrecional para atender el reclamo de la parte peticionaria.

Examinemos la legislación y reglamentación federal a la que se hace referencia en el recurso con el fin de determinar si esta ocupa el campo, lo que privaría de jurisdicción sobre la materia al foro de primera instancia.

III.

- A -

La doctrina de campo ocupado (“preemption”) está amparada en la segunda cláusula del Artículo VI de la Constitución Federal, conocida como la cláusula de supremacía (“Supremacy Clause”).⁴ Al analizar si un estatuto federal desplaza al estatal, se presumirá que el estatuto federal no ocupa el campo a menos que el Congreso manifieste claramente su intención de que ello ocurra. *New York State Dept. of Social Services v. Dublino*, 413 U.S. 405, 413 (1973). Ahora bien, cuando la ley federal contiene una cláusula de desplazamiento explícita (“express preemption”), el alcance del desplazamiento deberá interpretarse restrictivamente. *Medtronic, Inc. v. Lohr*, 518 U.S. 470, 485 (1996).

Para auscultar la intención del Congreso es necesario evaluar el lenguaje de la cláusula de desplazamiento así como la infraestructura estatutaria (“statutory framework”) de la ley. Es, además, fundamental considerar el propósito del estatuto como un todo —es decir, hacer un análisis sistemático de la ley—, “as revealed not only in the text, but through the

⁴ Esa cláusula de la Constitución Federal dispone lo siguiente: “This Constitution, and the Laws of the United States which shall be made in pursuance thereof; and all treaties made, or which shall be made, under the authority of the United States, shall be the supreme law of the land; and the judges in every state shall be bound thereby, anything in the constitution or laws of any state to the contrary notwithstanding”. Art. VI, Cl. 2, Cont. E.E.U.U.

reviewing court's reasoned understanding of the way in which Congress intended the statute and its surrounding regulatory scheme to affect business, consumers, and the law". *Íd.*, en la pág. 486.

Nuestro más alto foro ha reconocido y reiterado el desarrollo doctrinal de la cláusula de supremacía. En *González v. Mayagüez Resort & Casino*, 176 D.P.R. 848, 856 (2009), el Tribunal Supremo de Puerto Rico reiteró que “[c]omo norma general, los tribunales estatales tienen jurisdicción o autoridad para atender todo asunto al amparo de las leyes estatales y jurisdicción concurrente con los tribunales federales para atender asuntos que surjan bajo el palio de las leyes federales. [...]. Ahora bien, hay una jurisdicción exclusiva del Gobierno federal sobre los asuntos de derecho federal cuando el Congreso dispone expresamente para ello o cuando la intención clara de la ley es privar a los tribunales estatales de la autoridad sobre ese asunto federal”.

En el caso de autos, la ley federal de Medicare contiene una cláusula de desplazamiento explícita que dispone lo siguiente:

(3) Relation to State laws

The **standards** established under this part **shall supersede any State law or regulation** (other than State licensing laws or State laws relating to plan solvency) **with respect to MA plans which are offered by MA organizations under this part.**

42 U.S.C. § 1395w-26(b)(3). (Énfasis nuestro).

Auscultemos ahora si la legislación y la reglamentación federal sobre el programa de Medicare ocupa el campo en la controversia particular que tenemos ante nos. Para ello evaluaremos no solo los textos legislados sino también la jurisprudencia federal que ha interpretado su alcance.

- B -

En 1965 el Congreso de los Estados Unidos promulgó el programa de Medicare bajo el Título XVIII del “Social Security Act”, Pub. L. No. 89-97, 79

Stat. 286; 42 U.S.C. § 1395, *et seq.*, para proveer cobertura médico-hospitalaria a personas mayores de 65 años de edad que cumplieren con ciertos criterios de elegibilidad. La Parte A de la ley provee cobertura de seguro médico para servicios hospitalarios y post hospitalarios, servicios médicos a domicilio y servicios de hospicio. 42 U.S.C. § 1395c. La Parte B provee un programa de seguro médico suplementario que cubre gastos médicos necesarios y suministros provistos por Medicare. 42 U.S.C. § 1395j. Inicialmente, la Parte C contenía definiciones y disposiciones misceláneas.

Actualmente, el manejo y la reglamentación relativa al programa de Medicare queda en manos del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (DHHS, por sus siglas en inglés) y es administrado por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)), una división del HHS. 42 U.S.C. §§ 1395hh y 1395kk.

Mediante las enmiendas realizadas en 1972, comúnmente denominadas como “Social Security Amendments of 1972”, Pub. L. No. 92-603, 86 Stat. 1329, el Congreso expandió la cobertura de Medicare a personas con ciertos tipos de impedimentos y creó la opción de las organizaciones de mantenimiento de salud (“health maintenance organization” o “HMO”). Esas enmiendas autorizaron al Secretario del DHHS a contratar a esas organizaciones para que proveyesen los servicios cubiertos por Medicare. 42 U.S.C. § 1395mm. No obstante, esa opción generó poco interés debido a que, al introducir el concepto de “risk sharing”, las organizaciones que contrataban con el DHHS terminaban absorbiendo demasiadas pérdidas. Véase, D. Gary Reed, *Medicare Advantage Misconceptions Abound*, 27 No. 1 Health Law, 1 (2014).

Con la ley conocida como “Balanced Budget Act of 1997”, Pub. L. 105-33, 111 Stat. 251, el Congreso volvió a enmendar el Título XVIII para añadir una opción mucho más extensiva que denominó como “Medicare+Choice”, introducida como la nueva Parte C de la ley de Medicare.⁵ En 2003, el Congreso aprobó otra ley, la “Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003”, Pub. L. 108-173, 117 Stat. 2066, que renomino la opción de Medicare+Choice como “Medicare Advantage” y enmendó sustancialmente las disposiciones contenidas en la Parte C de la ley, particularmente la forma en que el gobierno federal le pagaría a los “Medicare Advantage organizations”.⁶

Los beneficiarios de Medicare pueden elegir el modo como van a recibir los beneficios de ese programa de dos formas: (1) a través del pago por servicio (“fee-for-service”), comúnmente denominado como el “Medicare tradicional” o, (2) a través de un “Medicare Advantage organization” (en adelante, “MA organization”). 42 U.S.C. § 1395w-21(a)(1). El propósito de proveer la opción de obtener los beneficios a través de un “MA organization” fue aprovechar la alegada competitividad que caracteriza al sector privado para estimular la experimentación e innovación y desarrollar así un sistema de Medicare menos costoso y más eficiente. D. Gary Reed, *op. cit.*, en la pág. 3. Para fomentar la eficiencia, el Congreso exigió que los “MA organizations” solo reciban los pagos de Medicare bajo una asunción de riesgo (“risk basis”). 42 U.S.C. § 1395w-25(b).⁷

⁵ Las disposiciones misceláneas y definiciones contenidas en la antigua Parte C fueron incluidas en la nueva Parte D del Título XVIII del Social Security Act.

⁶ Con las enmiendas de 2003 se promulgó además una cubierta voluntaria de medicamentos como la nueva Parte D. Asimismo, las disposiciones misceláneas y definiciones fueron reenumeradas como la nueva Parte E.

⁷ Esa disposición dispone:

(b) Assumption of full financial risk:

Para que un “MA organization”, como MMM, pueda fungir como tal bajo el programa Medicare Advantage, la Parte C de la legislación federal le requiere suscribir un contrato con el CMS. 42 U.S.C. § 1395w-27(a).⁸ Respecto a los beneficiarios de un plan de Medicare Advantage, el “MA organization” deberá proveerle aquellos servicios o beneficios a los que tendrían derecho bajo el Medicare tradicional. 42 U.S.C. § 1395w-22 (a)(1)(A). Es decir, deberá suministrarles la cubierta médica que provee el Medicare tradicional bajo las partes A y B de la ley federal. 42 U.S.C.A. § 1395w-22 (a)(1)(B)(i). A cambio de ello, el gobierno federal le paga mensualmente al “MA organization” bajo una fórmula de capitación (“capitated payments”), es decir, una tarifa que se fija anualmente a base de la cantidad de beneficiarios adscritos al plan de Medicare Advantage del “MA organization” y no a base de los servicios que efectivamente provea. 42 U.S.C. § 1395w-23.

The [Medicare Advantage] organization shall assume full financial risk on a prospective basis for the provision of the health care services for which benefits are required to be provided under section 1395w-22(a)(1) of this title, except that the organization—

- (1) may obtain insurance or make other arrangements for the cost of providing to any enrolled member such services the aggregate value of which exceeds such aggregate level as the Secretary specifies from time to time,
- (2) may obtain insurance or make other arrangements for the cost of such services provided to its enrolled members other than through the organization because medical necessity required their provision before they could be secured through the organization,
- (3) may obtain insurance or make other arrangements for not more than 90 percent of the amount by which its costs for any of its fiscal years exceed 115 percent of its income for such fiscal year, and
- (4) may make arrangements with physicians or other health care professionals, health care institutions, or any combination of such individuals or institutions to assume all or part of the financial risk on a prospective basis for the provision of basic health services by the physicians or other health professionals or through the institutions.

⁸ Esa disposición reza como sigue:

The Secretary shall not permit the election under section 1395w-21 of this title of a [Medicare Advantage] plan offered by a [Medicare Advantage] organization under this part, and no payment shall be made under section 1395w-23 of this title to an organization, unless the Secretary has entered into a contract under this section with the organization with respect to the offering of such plan. Such a contract with an organization may cover more than 1 [Medicare Advantage] plan. Such contract shall provide that the organization agrees to comply with the applicable requirements and standards of this part and the terms and conditions of payment as provided for in this part.

A su vez, el contrato que se suscriba con el CMS deberá requerirle al “MA organization” el pago oportuno a los proveedores o suplidores **no contratados**: “[a] contract under this part shall require a [Medicare Advantage] organization to provide **prompt payment** [...] of claims submitted for services and supplies furnished to enrollees pursuant to the contract, **if the services or supplies are not furnished under a contract between the organization and the provider or supplier** [...]”. 42 U.S.C. § 1395w-27(f)(1). (Énfasis nuestro).

Destacamos, por su importancia para este caso, que la reglamentación federal de Medicare Advantage establece que los proveedores que no hayan suscrito un contrato con el “MA organization” para fijar el importe de los servicios provistos a los beneficiarios, deberán aceptar como pago la suma a la que tendrían derecho bajo el Medicare tradicional. 42 C.F.R. § 422.214(a)(1). Incluso, en casos de incumplimiento del “MA organization” en pagarle oportunamente a proveedores no contratados, el CMS puede intervenir y pagarles directamente a esos proveedores y luego descontárselo al “MA organization”:

In the case of a [Medicare Advantage] eligible organization which the Secretary determines, after notice and opportunity for a hearing, has failed to make payments of amounts in compliance with paragraph (1), the Secretary **may provide for direct payment of the amounts owed to providers and suppliers [...] for covered services and supplies furnished to individuals enrolled under this part under the contract.** If the Secretary provides for the direct payments, the Secretary shall provide for an appropriate reduction in the amount of payments otherwise made to the organization under this part to reflect the amount of the Secretary's payments (and the Secretary's costs in making the payments).

42 U.S.C. § 1395w-27(f)(2). (Énfasis nuestro).

Por otro lado, bajo el programa Medicare Advantage, le corresponde al “MA organization” determinar si el servicio provisto a un beneficiario debe ser cubierto por el plan y el pago correspondiente. 42 U.S.C. § 1395w-22(g)(1)(A);

42 C.F.R. § 422.566(a).⁹ Esa determinación administrativa de un “MA organization” se le denomina “organization determinations” y pueden versar sobre lo siguiente:

(b) Actions that are organization determinations. An organization determination is any determination made by an MA organization with respect to any of the following:

(1) Payment for temporarily out of the area renal dialysis services, emergency services, post-stabilization care, or urgently needed services.

(2) **Payment for any other health services furnished by a provider other than the MA organization that the enrollee believes—**

(i) Are covered under Medicare; or

(ii) If not covered under Medicare, should have been furnished, arranged for, or reimbursed by the MA organization.

(3) **The MA organization’s refusal to provide or pay for services, in whole or in part**, including the type or level of services, that the enrollee believes should be furnished or arranged for by the MA organization.

(4) Reduction, or premature discontinuation, of a previously authorized ongoing course of treatment.

(5) **Failure of the MA organization to approve, furnish, arrange for, or provide payment for health care services in a timely manner**, or to provide the enrollee with timely notice of an adverse determination, such that a delay would adversely affect the health of the enrollee.

42 C.F.R. 422.566(b). (Énfasis nuestro).

Se establece además quiénes pueden solicitar una determinación organizacional del “MA organization”:

(c) Who can request an organization determination.

(1) Those individuals or entities who can request an organization determination are—

(i) The enrollee (including his or her representative);

(ii) **Any provider that furnishes, or intends to furnish, services to the enrollee;** or

(iii) The legal representative of a deceased enrollee’s estate.

42 C.F.R. § 422.566(c). (Énfasis nuestro).

De no estar conforme con la determinación del “MA organization”, la parte afectada podrá solicitar su reconsideración. 42 C.F.R. §§ 422.578 y

⁹ Bajo el Medicare tradicional el procedimiento administrativo es ante el gobierno federal. Véase, 42 U.S.C. § 1395ff(a)(1); 42 C.F.R. § 417.636.

422.582. Si el “MA organization” reitera su determinación adversa, aunque sea parcialmente, la parte afectada podrá entonces solicitar una reconsideración ante la entidad independiente que haya contratado el CMS con tal propósito. 42 C.F.R. § 422.592. Si no está conforme con la determinación de la entidad independiente, la parte podrá solicitar la celebración de una vista administrativa ante un Juez Administrativo (“Administrative Law Judge” o “ALJ) siempre y cuando la suma reclamada sea igual o superior a la cantidad que establezca anualmente el Secretario del DHHS. 42 C.F.R. § 422.600. Si el Juez Administrativo desestima o confirma el dictamen recurrido, la parte afectada podrá apelar de esa determinación ante el Medicare Appeals Council (MAC). De resultar desfavorable la determinación del MAC, la parte afectada podrá presentar un recurso de revisión judicial ante el tribunal federal del distrito con jurisdicción. 42 C.F.R. § 422.612. La revisión judicial solo estará disponible para los dictámenes finales; es decir, cuando la parte reclamante ha agotado todos los niveles del procedimiento administrativo descrito. 42 U.S.C. § 405(g).¹⁰

Ahora bien, ¿qué ocurre cuando un proveedor o suplidor de servicios no está conforme con la determinación o denegatoria de pago de un “MA organization”? ¿Puede presentar su reclamación ante un foro judicial estatal, al amparo de las leyes estatales, o le es de aplicación mandatoria el procedimiento administrativo reseñado arriba? Esta interrogante ha sido abordada por los tribunales federales. Procedemos a evaluar la jurisprudencia federal que ha resuelto controversias similares.

- C -

En 1984 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos resolvió que, bajo

¹⁰ La sección 405(g) del Social Security Act es extensiva al procedimiento administrativo dispuesto bajo el programa de Medicare Advantage. 42 U.S.C. § 1395w-22(g)(5).

la legislación y la reglamentación vigente del Medicare tradicional, el esquema provisto por la sección 405 del Social Security Act, ya citado —que le exige al reclamante agotar los remedios administrativos—, es la única vía disponible para conseguir la revisión judicial de **todas las reclamaciones que surjan a raíz del programa de Medicare**. (“for all ‘claim[s] arising under’ the Medicare Act”). *Heckler v. Ringer*, 466 U.S. 602, 615 (1984).¹¹ Así, si una parte presenta una reclamación al amparo de una ley estatal, deberá considerarse que su reclamación está cimentada (“arises under”) en la ley federal de Medicare cuando tanto la legitimación como la base sustantiva para la presentación de la reclamación es la ley o la reglamentación federal. *Íd.*

Es decir, independientemente de la forma en la que la parte formule su reclamación, si lo que la parte en realidad (“at bottom”) está reclamando es el pago de beneficios o servicios a los que entiende que tiene derecho, no podrá obviar el procedimiento administrativo mandatorio a través de una reclamación ante los foros judiciales. *Íd.* en la págs. 614 y 620. Dicho de otra forma, lo esencial para determinar si la ley federal de Medicare ocupa el campo es si la reclamación solicita el pago inmediato de beneficios (“immediate payment of benefits”) o el derecho a pagos futuros (“a right to future payments”). *Íd.* en la pág. 621. *Heckler v. Ringer*, también estableció que si la reclamación está intrínsecamente entrelazada (“inextricably intertwined”) a una controversia sobre la cubierta de beneficios de Medicare, la parte reclamante deberá ventilarla a través del esquema administrativo mandatorio. *Íd.* en la pág. 624.

Ahora bien, *Heckler* fue resuelto exclusivamente bajo el programa de Medicare tradicional, pues para ese entonces aún no se había promulgado el

¹¹ En este caso la parte peticionaria catalogó su reclamación como una impugnación de una determinación reglamentaria del Secretario del DHHS y no como la impugnación de una denegatoria de beneficios.

programa de Medicare Advantage. Destacamos, además, que en ese caso la parte demandante eran beneficiarios y la parte demandada era el DHHS, o sea, el gobierno federal. En el caso de autos la parte demandante, Multidisciplinary, es un suplidor o proveedor de servicios médicos y la parte demandada es un “MA organization”. Es decir, ambas partes son entes privados. No están involucrados en el caso de autos ni el CMS ni beneficiario alguno. No obstante, lo que queremos destacar es la sujeción indiscutible al proceso establecido en la legislación federal **si el reclamo tiene el fundamento básico o esencial en ella.**

En 2004 el Quinto Circuito del Tribunal Federal de Apelaciones de los Estados Unidos resolvió una controversia análoga a la de autos. En *RenCare, Ltd. v. Humana Health Plan of Texas, Inc.*, 395 F.3d. 555 (2004), un proveedor privado de servicios de diálisis presentó una demanda de incumplimiento de contrato ante un foro judicial estatal contra un “MA organization”, por esta negarse a pagarle por los servicios provistos a ciertos beneficiarios. El Quinto Circuito distinguió la situación de hechos que tenía ante sí de la que tuvo el Tribunal Supremo de los Estados Unidos al resolver *Heckler*, ya citado. Resolvió que, toda vez que en su caso no había reclamación de beneficiario alguno —pues a ningún beneficiario se le denegó servicios o el pago de servicios—, estos no tenían interés alguno en el resultado final de la demanda. Además, debido a que bajo el programa de Medicare Advantage el gobierno federal le paga una tarifa fija al “MA organization”, **el gobierno federal tampoco tenía interés alguno en el resultado final** de la demanda. *RenCare, Ltd. v. Humana Health Plan of Texas, Inc.*, 395 F.3d, en la pág. 558. Es decir, el Quinto Circuito no solo consideró que la controversia era exclusivamente entre dos entes privados, sino que la reclamación del proveedor de servicios

contra la “MA organization” **no estaba intrínsecamente entrelazada con la ley de Medicare**. A base de lo anterior, concluyó que ni la ley ni la reglamentación de Medicare ocupaban el campo, por lo que el proveedor de servicios podía presentar su reclamación en el foro judicial estatal sin tener que agotar los remedios administrativos mandatorios aludidos.

Sin embargo, destacamos que en el caso de *RenCare*, el proveedor de servicios y el “MA organization” habían suscrito un contrato para la provisión y pago de los servicios. Esto lo distingue del caso de autos, en el que, para el periodo entre 2005 y 7 de julio de 2011, Multidisciplinary proveía sus servicios como un suplidor o proveedor **no contratado**. ¿De qué forma, si alguna, incide esa distinción sobre la determinación de si la ley federal ocupa el campo?

Recientemente, en el caso de *Doctors Medical Center of Modesto, Inc. v. Kaiser Foundation Health Plan, Inc.*, 989 F.Supp.2d 1009 (2013), el Tribunal de Distrito Federal para el Distrito de Florida resolvió una controversia muy análoga a la de autos. En ese caso el proveedor de servicios, un hospital, presentó una demanda de cobro de dinero contra un “MA organization” por servicios provistos a varios beneficiarios que no le fueron pagados. El hospital le proveyó servicios a uno de los pacientes como un **proveedor no contratado**. El foro federal resolvió que **la reclamación por el pago de servicios prestados como un proveedor no contratado estaba inextricablemente entrelazada con la ley federal de Medicare y, por lo tanto, sujeta al requisito de agotamiento de remedios administrativos. *Íd.*** en la pág. 1015. Ello es así porque, aunque, al igual que en el caso de un proveedor contratado, el gobierno federal no tiene interés alguno en el resultado final de la reclamación, **en el caso de un proveedor no contratado, su reclamación de pago contra una “MA organization” “turns on the**

standards provided by the Medicare Act and CMS regulations for paying non-contracted emergency providers when a primary payer may be liable". *Íd.* en la pág. 1014. (Énfasis nuestro). Este último señalamiento nos parece particularmente relevante en el caso de autos.

Apliquemos entonces las normas y doctrinas reseñadas al caso de autos.

IV

- A -

El tratamiento jurisprudencial que ha recibido la cuestión tratada en la esfera federal demuestra que puede haber distintos acercamientos al problema jurisdiccional planteado, pero nos convence la propuesta del Tribunal de Distrito Federal para el Distrito de Florida por varias razones. En primer lugar, es evidente que las reclamaciones de los proveedores de servicios y equipo a los beneficiarios del Medicare acarrea la inversión de fondos públicos, lo que exige controles específicos que desfavorezcan el fraude y la mala utilización de tales beneficios. La existencia de contratos privados entre los proveedores y los "MA organizations" constituye un control efectivo para regular las reclamaciones que luego genera ese tipo de actividad, pues impone a ambas partes ciertos procesos y responsabilidades para el manejo de esas reclamaciones, lo que sirve de parapeto mutuo para garantizar el cumplimiento estricto de los estándares que rigen ese tipo de servicio.

En segundo lugar, la falta de contrato entre el proveedor y la "MA organization" hace depender cualquier reclamo de pago por el equipo o los servicios prestados a los beneficiarios de que exista prueba fidedigna de esa prestación a quienes estaban legitimados a recibirla. Aunque la "MA organization" tiene la obligación de pagar ese tipo de reclamación en el más

breve plazo, lo cierto es que tiene que exigir del proveedor no contratado la información y documentación que requiere la reglamentación, con el fin de justificar el desembolso y evitar reclamaciones fraudulentas. Incluso, en este caso son imprecisas las fuentes del reclamo y de la obligación de pago, aunque tengan su base en la reglamentación citada, pues no hay acuerdo previo que apoye el reclamo. Por ello, la sujeción de las reclamaciones de un proveedor **no contratado** a los procesos administrativos reseñados nos parece razonable y esa exigencia está directamente relacionada con el interés público que se intenta proteger, al distinguir el modo en que han de tratarse las reclamaciones de los proveedores con contrato y las de los no contratados.

Dicho eso, nos corresponde evaluar si la relación existente entre MMM y Multidisciplinary y el tipo de reclamo que esta última hace están intrínsecamente relacionados (“inextricably intertwined”) con la ley y reglamentación federal de Medicare Advantage.

- B -

MMM aduce que el foro *a quo* erró al no desestimar la reclamación de Multidisciplinary por servicios provistos y no pagados para el periodo entre 2005 y 7 de julio de 2011 como un proveedor no contratado. Arguye que para esas reclamaciones, por no haber un contrato escrito entre las partes, Multidisciplinary debió agotar los remedios administrativos provistos por la legislación y reglamentación federal dispuestos para el programa de Medicare Advantage.

Por su parte, Multidisciplinary arguye que el procedimiento administrativo en el que se ampara MMM solo aplica en casos de reclamaciones bajo el programa de Medicare tradicional; que su reclamación contra MMM es una puramente contractual; **que permitir su desestimación**

ocasionaría que MMM se enriquezca injustamente. Destaca que su reclamación de cobro de dinero no requiere hacer determinación alguna sobre la procedencia de la cubierta de beneficios bajo Medicare. Por ello sostiene que su reclamación puede ventilarse en el foro de primera instancia, al amparo de las leyes estatales, porque su reclamación no es incompatible con la ley ni con la reglamentación federal de Medicare.

Coincidimos con la parte peticionaria en que, respecto a la reclamación de la parte recurrida para el periodo aludido, la ley y la reglamentación federal ocupaban el campo y requerían que Multidisciplinary agotara los remedios administrativos provistos en la ley federal. Según discutido, la legislación y reglamentación de Medicare establecen como requisito, ya sea bajo el Medicare tradicional o bajo el Medicare Advantage, que la parte adversamente afectada por la determinación final emitida, en el caso de Medicare tradicional, por la agencia federal y, en el caso de Medicare Advantage, por el “MA organization”, agote los remedios administrativos establecidos. Ello le permitirá presentar luego un recurso de revisión judicial ante el tribunal federal.

La controversia de autos está reglamentada por las disposiciones federales relativas a Medicare Advantage ya reseñadas: la Parte C de la ley federal, 42 U.S.C. §§ 1395w-21-1395w-29, y la Parte 422 de la reglamentación federal sobre esa materia, 42 C.F.R. §§ 422.1-422.2615. A pesar de que el procedimiento administrativo se centra en las determinaciones de un “MA organization” relativas a la cubierta de beneficios, lo cierto es que, según reseñado, la ley y reglamentación federal explícitamente disponen que **las determinaciones organizacionales incluyen sus respuestas a las reclamaciones de proveedores o suplidores, por falta de pago, sobre servicios provistos cuando no han suscrito un contrato** con el “MA

organization”.

La cláusula de desplazamiento del programa de Medicare Advantage dispone que los **estándares (“standards”) establecidos por la ley federal desplazarán cualquier ley o reglamentación estatal**, excepto a las leyes estatales relativa al licenciamiento o planes de solvencia. 42 U.S.C. § 1395w-26(b)(3). Esa es la versión actual de la cláusula de desplazamiento según fue enmendada en 2003 por el Congreso. Del historial legislativo de la enmienda aludida se desprende el interés del Congreso en expandir el alcance del desplazamiento: “the [Medicare Advantage Program] is a federal program operated under Federal rules and that State laws, do not, and should not apply, with the exception of state licensing laws or state laws related to plan solvency”. H. Conf. Rep. 108-391, pág. 557.

Al expresarse sobre el alcance de la versión vigente de la cláusula de desplazamiento, el CMS manifestó que el desplazamiento (“preemption”) **“operates only when CMS actually creates standards in the area regulated. To the extent we do not create any standards whatsoever in a particular area, we do not believe preemption would be warranted”**. Medicare Prescription Drug Benefit, 70 Fed. Reg. 4194-01, 4320 (2005). (Énfasis nuestro).

Evidentemente la ley y la reglamentación federal establecen estándares relativos al deber de los “MA organizations” de pagarle oportunamente a aquellos proveedores o suplidores **no contratados** que provean servicios a los beneficiarios y, además, establece el procedimiento a seguir para su reclamación.¹² Por ello, concluimos que la reclamación de Multidisciplinary está intrínsecamente relacionada (“inextricably intertwined”) con la ley y

¹² Véase la discusión del acápite - C - de esta sentencia.

reglamentación federal de Medicare Advantage.

Independientemente de que Multidisciplinary catalogue su demanda como una de cobro de dinero, que versa sobre un asunto “puramente contractual”, lo cierto es que permitir su dilucidación ante el foro de primera instancia implicaría trastocar el interés del Congreso en reglamentar la materia. Implicaría además un intento impermisible de Multidisciplinary de utilizar el foro judicial estatal para hacer que MMM cumpla con **una ley federal que no provee una acción independiente como mecanismo para tal proceder.**

Sobre ese particular el Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha reiterado lo siguiente:

Like substantive federal law itself, private rights of action to enforce federal law must be created by Congress. [...] The judicial task is to interpret the statute Congress has passed to determine whether it displays an intent to create not just a private right but also a private remedy. [...] Statutory intent on this latter point is determinative. [...] Without it, a cause of action does not exist and courts may not create one, no matter how desirable that might be as a policy matter, or how compatible with the statute.

Alexander v. Sandoval, 532 U.S. 275, 286-287 (2001).

Por otro lado, nos llama la atención que, al oponerse a la solicitud de desestimación, la parte recurrida incluyó una carta que evidencia que Multidisciplinary se acogió al procedimiento administrativo interno de MMM para impugnar las denegatorias de pago por los servicios provistos.¹³ Incluso, en esa carta MMM le informó a Multidisciplinary que los formularios que debía acompañar para completar la solicitud de apelación estaban incompletos.¹⁴ En lugar de completar los requerimientos de ese proceso, Multidisciplinary se retiró sin completarlo. Ello implica que conocía el recurso administrativo disponible para hacer el reclamo.

¹³ Apéndice, en la pág. 99.

¹⁴ No podemos obviar que tales formularios procuran proteger a los beneficiarios de reclamos impropios y sirven de control para reclamaciones fraudulentas.

Por otro lado, aún si resolviéramos que la ley y reglamentación federal no ocupan el campo, debemos recordar que ante la concurrencia de más de una causa de acción, nuestro ordenamiento jurídico no permite que la parte demandante opte por ejercer la acción general “para soslayar preceptos relativos a la acción especial que sean aplicables y que sean incompatibles con las disposiciones de la acción general”. *Márquez v. Torres Campos*, 111 D.P.R. 854, 869 (1982). En este caso, la “acción especial” o el proceso administrativo aludido, aunque no sea compatible con la acción “general” de cobro de dinero por la vía judicial, fue soslayada después de comenzada, sin que se haya justificado su abandono. Aunque se señala que la cuestión planteada ante el Tribunal de Primera Instancia es una “puramente contractual”, realmente se sostiene sobre la figura del enriquecimiento injusto, lo que confirma la ausencia de la relación contractual señalada.¹⁵

Ante este desenlace no es necesario discutir el error relativo a la figura del enriquecimiento injusto.

V

Por los fundamentos expresados, se expide el auto de *certiorari* solicitado y se revoca la resolución recurrida. Asimismo, se desestima la reclamación incoada por Multidisciplinary para el periodo de tiempo entre 2005 y el 7 de julio de 2011, toda vez que debió agotar los remedios administrativos provistos por la legislación y reglamentación federal.

¹⁵ Solo tenemos un corto comentario sobre este señalamiento. Para que un desplazamiento patrimonial configure el enriquecimiento injustificado, es preciso que concurren los siguientes elementos: 1) existencia de un enriquecimiento; 2) un correlativo empobrecimiento; 3) la conexión entre empobrecimiento y enriquecimiento; 4) **falta de causa que justifique el alegado enriquecimiento**; 5) e inexistencia de un precepto legal que excluya la aplicación del enriquecimiento sin causa. *Ortiz Andújar v. E.L.A.*, 122 D.P.R. 817, 823 (1988); *Hatton v. Municipio de Ponce*, 134 D.P.R. 1001, 1010 (1994); *ELA v. Cole Vázquez*, 164 D.P.R. 608, 633 (2005). Los fondos que MMM recibe, a base del número de beneficiarios, tienen causa de atribución en la contratación autorizada por la legislación federal con los “MA organizations”. El abandono del proceso establecido para reclamar cualquier servicio prestado a algún beneficiario de MMM privaría a Multidisciplinary de su reclamo por esa fuente y vía alternas.

Así lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

DIMARIE ALICEA LOZADA
Secretaria del Tribunal de Apelaciones