Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN

OFICINA DEL PROCURADOR DEL PACIENTE Recurrida Vs. ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) Recurrente	KLRA201400952	Revisión administrativa procedente de la Oficina del Procurador del Paciente Querella Núm.: 040614CE000 Sobre: Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada

Panel integrado por su presidenta, la Juez García García, el Juez Hernández Sánchez y la Jueza Soroeta Kodesh

García García, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 19 de agosto de 2015.

La Administración de Seguros de Salud (ASES, recurrente) acudió ante nosotros mediante el presente recurso de revisión judicial y nos solicita que revoquemos la Resolución que dictó el 8 de julio de 2014 la Oficina del Procurador del Paciente (OPP, recurrida). En dicha Resolución, la OPP le ordenó a la ASES la aprobación de un "Life Vest Desfibrilator" [sic] (desfibrilador portátil) a Kimberly Donovan Hendrickson (señora Donovan) y le impuso una multa de mil dólares ($1,000). La señora Donovan es beneficiaria del Programa de Salud del Gobierno, MI Salud (en adelante PSG). Oportunamente, la OPP compareció para oponerse al recurso.

I

La señora Donovan fue admitida en el Hospital Pavía de Santurce, donde la evaluaron los cardiólogos Dr. Marcos Devarie (Dr. Devaire) y Dr. Hilton Franqui (Dr. Franqui), quienes realizaron

estudios que mostraron una falla severa en el ventrículo izquierdo. Así las cosas, se le ordenó un desfibrilador portátil para que lo utilizara la señora Donovan al momento de darle de alta. El desfibrilador portátil lo utilizaría por un periodo de noventa (90) días. Una vez culminado el mencionado periodo se le realizarían unos exámenes y, de no haber la mejoría esperada, se le pondría un desfibrilador permanente.

La orden del desfibrilador portátil se solicitó el 2 de mayo de 2014 a la aseguradora Triple-S Salud, Inc. (Triple-S)[1], quien el 20 de mayo de 2014 denegó la petición. En beneficio de la señora Donovan, el Hospital Pavía donde ésta se encontraba recluida, le envió una comunicación a Triple-S para que reconsiderara su denegatoria y el 22 de mayo la señora Donovan apeló la determinación. El 23 de mayo, mediante sendas comunicaciones dirigidas a la señora Donovan y a Balbino Ayala Rosa, Triple-S notificó su determinación de mantener la denegatoria. Sostuvo que: "Para el equipo médico duradero (DME) la cubierta de ASES especifica que solo se cubre lo que cumpla con los criterios de necesidad médica establecidos. En este caso no se cumple con dichos criterios."[2]

La comunicación a la señora Donovan incluyó la siguiente advertencia:

> Usted tiene el derecho de obtener copia de los criterios y documentos relacionados a esta decisión. Puede comunicarse con nosotros a través del Centro de Llamadas del Plan de Salud del Gobierno al 787-775-1352 o al 1-800-981-1352 (isla). Además, como próximo nivel de apelación puede recurrir a las oficinas de la Administración de Seguros de Salud (ASES) o llamar al 1-800-981-2737 (Libre de cargos) o pueden re-apelar esta decisión a la siguiente dirección:
>
> Director Ejecutivo
> Administración de Seguros de Salud
> PO Box 195661
> San Juan, PR 00919-5661"[3]

---

[1] Triple-S Salud, Inc., en ese momento, estaba contratada por ASES para ejercer como administradora del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
[2] Ver Alegato en Oposición, Ap., pág. 20.
[3] Ver Ap., pág. 20.

La comunicación dirigida al señor Balbino Ayala Rosa, incluía la siguiente advertencia:

> De no estar de acuerdo con nuestra decisión, puede dialogar con el paciente y representarlo en el proceso de Re-Apelación con la Administración de Seguros de Salud (ASES) al teléfono libre de cargo 1-800-981-2737 o la siguiente dirección
>
> Director Ejecutivo
> Administración de Seguros de Salud
> PO Box 195661
> San Juan, PR 00919-5661[4]

Inconforme con la denegación del equipo por parte de Triple-S, la señora Donovan no siguió el proceso indicado y el 4 de junio de 2014 optó por acudir a la OPP y presentar la querella número 040614CE000. Alegó que su plan médico le denegó la cubierta para un desfibrilador portátil.[5]

Seguido, la OPP envió una carta a la ASES en la que le solicitó que evaluara la petición, pues la paciente no podía ser dada de alta sin el equipo ya que estaría en riesgo de presentar muerte cardíaca súbita.[6]

Mediante carta del 19 de junio de 2014, la ASES le informó a la OPP que confirmaba la denegación basándose en lo siguiente: "Al no ser un equipo cubierto en la cubierta de beneficios no lo podemos autorizar. Para Equipo Médico Duradero (DME) la cubierta de ASES claramente establece que solo se cubre lo que fuera necesario para sostener la vida del paciente y esto no cumple con dicho criterio."[7]

El 25 de junio de 2014 la OPP emitió una Orden de Acción Inmediata.[8] En la misma se ordenó a la ASES que autorizara inmediatamente el equipo médico desfibrilador portátil a beneficio de la señora Donovan.[9] Inconforme, la ASES presentó ante la OPP

---

[4] Ver, pág. 19.
[5] Ver Ap. de Alegato en Oposición, pág. 9.
[6] Ver, Ap. Alegato en Oposición, pág. 14.
[7] Ver, Ap. de Alegato en Oposición, pág. 13.
[8] Ver Ap., págs. 23-29.
[9] Ver Ap., pág. 28.

una moción donde solicitó que se dejara sin efecto la Orden de Acción Inmediata o, en la alternativa, se citara a una vista en su fondo para atender los pormenores de dicha acción.[10]

La OPP optó por celebrar una vista. En esta participaron por parte de la ASES, el Lcdo. Jesús Hernández Manzano y el Dr. Max Miranda y por parte de la OPP, la Lcda. Dinorah Collazo Ortiz y la Dra. Niurka Rosado. Mediante llamada de conferencia, testificó el Dr. Franqui, quien identificó como el cardiólogo a cargo del tratamiento de la señora Donovan en el hospital. Además, testificó el Dr. Max Miranda, perito de la ASES.

Surge de la grabación de la vista que, en lo pertinente al presente caso, el Dr. Hilton Franqui testificó lo siguiente:

> OPP: "¿Usted dijo entonces que ese equipo ayuda a sostener la vida de esta paciente durante el periodo de los 90 días?"
>
> Dr. Franqui: "Si." (Regrabación de la vista, minuto 1:45).
>
> ....
>
> ASES: "... para los efectos prácticos, verdad, nosotros entendemos que este equipo no está en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno porque es una categoría de equipo médico durable... con la única excepción que sea necesario para sostener la vida de un paciente. Cuando es necesario para sostener la vida de un paciente, la interpretación que se le da en ASES es cuando un paciente si yo le quito el respirador se muere, si yo le quito el oxígeno se muere, entonces..."
>
> Dr. Franqui: "En ese sentido no cumpliría con la definición." (Regrabación de la vista, minuto 7:02).
>
> ....
>
> ASES: "¿Usted ha dicho que la paciente tiene un 50% de probabilidad de morir?"
>
> Dr. Franqui: "No, 50% de probabilidad de que el corazón se recupere pero es por el tipo de cardiomiopatía."
>
> OPP: "Y si tiene 50% de probabilidad de que el corazón recupere, ¿el otro 50% de posibilidad es que no recupere?"

[10] Ver Ap., págs. 30-35.

> Dr. Franqui: "Que no recupere, se quede igual y que necesite un desfibrilador permanente." (Regrabación de la vista, minuto 8:00).
>
> ....
>
> ASES: "¿Usted entiende... que esta paciente no es una candidata para ponerle un 'implantable' (desfibrilador permanente)?"
>
> Dr. Franqui: "Todavía no, probablemente... yo sospecho que ella va a caer en el 50% que no se recupere pero le tengo que dar todavía el break al corazón, con medicamentos y terapias a ver qué pasa cuando cumpla esos tres meses." (Regrabación de la vista, minuto 11:36).
>
> ....
>
> OPP: "¿Qué opciones tiene la paciente si no se le da el equipo?"
>
> Dr. Franqui: "Bueno, esperar a los 90 días y ya se cumpla el electrocardiograma nuevo y si sigue igual se le pone el desfibrilador permanente." (Regrabación de la vista, minuto 18:39).

El 8 de julio de 2014, el Oficial Examinador de la OPP sometió su informe, en el cual recomendó que se le otorgase el desfibrilador portátil a la señora Donovan.[11] En igual fecha, la OPP emitió una Resolución, en la cual acogió el Informe del Oficial Examinador. Además, le impuso una multa de mil dólares ($1,000) a la ASES.[12] Dicha Resolución se notificó el 16 de julio de 2014.[13]

El 18 de julio de 2014 la ASES presentó una moción solicitando determinaciones de hecho y conclusiones de derecho adicionales[14] y el 29 de julio de 2014 presentó una moción solicitando reconsideración[15]. La OPP no atendió ninguna de las dos mociones antes mencionadas.

---

[11] Ver Ap. de Alegato en Oposición, págs. 1-4.
[12] Ver Ap., pág. 1.
[13] Según surge del recibo del correo certificado que se encuentra en el expediente administrativo de la querella en la OPP.
[14] Ver Ap., págs. 39-42.
[15] Ver Ap., págs. 2-11.

Inconforme con la Resolución que emitió el Procurador, el 11 de septiembre de 2014, la ASES presentó el presente recurso. En el mismo indicó los siguientes señalamientos de error:

1. Erró la OPP al imponer multa a la ASES y obligarla a proveer un equipo médico, que está excluido de cubierta, cuando esta no posee jurisdicción sobre la ASES bajo la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico".

2. Erró la OPP al emitir Resolución sin la comparecencia de Triple S Salud, Inc., quien constituye parte indispensable sin la cual no podía emitirse una decisión completa y justa.

3. Erró la OPP al declarar Con Lugar la querella presentada obligando a la ASES a otorgar un beneficio que está excluido de cubierta, además de imponerle una multa de mil ($1,000.00) dólares.

Como parte de la discusión del primer error señalado, la ASES alega que la actuación de la OPP es una "ultra vires" por exceder los deberes y facultades delegados a esa agencia, y que es un acto contrario a la política pública del Gobierno de Puerto Rico y al mejor interés público.

Como segundo error, la ASES aduce que Triple-S es una parte indispensable en el caso de epígrafe y debió de incluirse en el caso para salvaguardar sus derechos. También manifiesta que Triple-S hubiera aportado pericia e información adicional especializada al caso.

En su último error, la recurrente señala que, si este tribunal entiende que la OPP tiene jurisdicción en esta controversia, la decisión de la OPP es contraria a derecho. Esto, debido a que el equipo solicitado, por ser considerado un equipo médico duradero, no está en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno y tampoco le aplica la excepción para que se apruebe esa clase de equipo. Según afirma la ASES, la excepción requiere que la vida del paciente dependa de ese equipo y aduce que, según surge de la vista, eso no se probó.

Oportunamente, la OPP presentó su alegato en oposición. En síntesis, esta alega que tiene facultad en ley para atender el caso de epígrafe; y que no se debe considerar a Triple-S como parte indispensable, ya que la afectada es la ASES por ser la proveedora del PSG. Por último, señala que le aplica la excepción al equipo médico solicitado, ya que quedó probado que la vida de la señora Donovan dependía de ese equipo.

Con el beneficio de los escritos que presentaron ambas partes, la grabación de la vista y el expediente administrativo, procedemos a resolver.

II

A

LEY NÚM. 194–2000 – Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

En el año 2000, con la aprobación de la Ley Núm. 194, 24 LPRA §. 3041 *et seq.*, se estableció la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Ley Núm. 194-2000). En la Exposición de Motivos se expone que uno de los principales objetivos del Gobierno de Puerto Rico en años recientes ha sido lograr que todos los ciudadanos tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de calidad, de acuerdo con sus necesidades e irrespectivamente de su condición socioeconómica y capacidad de pago.

El Art. 3 de la Ley 194-2000 dispone que aplicará a todas las facilidades y servicios de salud médico-hospitalarios, profesionales de la salud y aseguradores y planes de cuidado de salud en Puerto Rico. Además, cobijará a todos los usuarios y consumidores de tales servicios y facilidades, irrespectivamente de la naturaleza pública o privada de los proveedores de tales servicios.

De igual manera, el Art. 4 de la Ley Núm. 194-2000, 24 LPRA § 3042, establece que todo paciente tendrá derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Esta Ley dispone que todo paciente que considere que se le han violado sus derechos podrá presentar una querella administrativa contra el proveedor o asegurador ante el Departamento[16]. 24 LPRA § 3055. Sobre el trámite de la querella, el Artículo 17 lee como sigue:

> **Una vez instada la querella en el Departamento, este determinará si el asunto que se presenta a su consideración es de su competencia o de la competencia del Comisionado o de la Administración de Seguros de Salud y los referirá según corresponda.** Se entenderá que son de la competencia del Comisionado aquellos asuntos que envuelvan controversias de cubierta o de derechos que emanen de las disposiciones de un plan de cuidado de salud o que, sin constituir violaciones de los derechos bajo este capítulo, representan conducta impropia o prácticas desleales por parte de una entidad aseguradora de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico. **Se entenderá que son de la competencia de la Administración de Servicios de Salud, aquellos casos en los cuales corresponda su trámite de conformidad con las disposiciones de las secs. 7001, et seq. de este título, conocida como Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (A.S.E.S.)". En todos los demás casos, el Departamento atenderá la querella.**
>
> El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico tendrán facultad, como parte de dicho procedimiento de querellas, para imponer las multas autorizadas en la sec. 3057 de este título y de acuerdo a las disposiciones de la secs. 2101 et seq del Título 3, conocidas como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico". Toda querella deberá ser atendida inmediatamente." 3 LPRA § 3055 (b). (Énfasis nuestro).

---

[16] Conforme a las definiciones de la Ley Núm. 194-2000, Departamento se refiere a Departamento de Salud y Comisionado a Comisionado de Seguros. 24 LPRA § 3041 (c) y (e).

B

LEY NÚM. 77–2013 – Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

La OPP se creó mediante la Ley Núm. 11 de 11 de abril de 2001. En el 2011, el Plan de Reorganización Núm. 1-2011, entre otras cosas, modificó sustancialmente la Oficina del Procurador del Paciente, lo que también ocurrió con la Ley Núm. 77-2013, aunque en ambas restructuraciones, el concepto de procurador del paciente se mantiene.

Entre los deberes y funciones de la OPP, al presente y al momento de los hechos, se encuentra la identificación de las vías más adecuadas para atender, de una forma responsable y ágil, los problemas y querellas de los pacientes beneficiarios del sistema de Salud.[17]

Los siguientes términos se encuentran definidos en la Ley Núm. 77-2013:

> (a) *Asegurador*- Significará cualquier persona o entidad que asume riesgo en forma contractual en consideración o a cambio del pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios como tal en Puerto Rico.
>
> (b) …
>
> (c) …
>
> (d) *Entidad aseguradora*-Se refiere a una organización de servicios de salud autorizada de conformidad con las secs. 1901 et seq. del Título 26, o un asegurador autorizado a contratar seguros de los definidos en la sec. 403 del Título 26, al igual que cualquier sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios fundada en Puerto Rico con anterioridad al 11 de abril de 1899.
>
> (e) *Facilidades de salud o médico-hospitalarias*- Significará aquellas facilidades identificadas y definidas como tales en las secs. 331 et seq. del Título 24, conocidas como "Ley de Facilidades de Puerto Rico", a lo dispuesto en cualquier legislación futura sobre dicha materia.

---

[17] Art 4, Ley Núm. 77-2013, 1 LPRA § 723 (Suplemento).

(f) …

(g) …

(h) …

(i) *Proveedor*-Significará cualquier persona o entidad autorizada por las leyes de Puerto Rico a prestar o proveer servicios de cuidado de salud médico-hospitalarios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(j) … 1 LPRA § 742 (Suplemento 2014)

Destacamos que, distinto a la Ley Núm. 194-2000, la ley habilitadora de la OPP más reciente, la Núm. 77-2013, no contiene una definición de *plan de cuidado de salud.* En la Ley Núm. 194-2000 este término se define como "cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un suscriptor, asegurado o grupo de suscriptores o asegurados determinados servicios de cuidado de salud o seguro de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios…Lo anterior incluye a los seguros de salud, a los planes de cuidado de salud o cualquier contrato de seguros de naturaleza similar a dichos planes, independientemente del asegurador que lo ofrezca." 24 LPRA §3041 (k).[18] Esta amplia definición se eliminó de la Ley Núm. 77-2013, aplicable al momento de los hechos en este caso.

Entre las facultades y deberes de la OPP se encuentran solicitar y recibir la **cooperación y colaboración** del Departamento de Salud, de la ASES y de cualquier otra entidad pública o privada relacionada con la prestación de servicios a los pacientes o con cualquier otra agencia que tenga que ver con la evaluación de la calidad de estos servicios y trámite de quejas y querellas de los pacientes. 1 LPRA § 747 (n)[19].

---

[18] La Ley Núm. 72-1993 que creó a la ASES define *plan de cuidado de salud* de manera similar, excepto la oración final que lee: "No obstante lo anterior, dicho plan deberá proveer principalmente para la prestación de servicios de cuidado de salud, a distinción de la mera indemnización por el costo de tales servicios." 24 LPRA § 7002 (y).

[19] Para otras disposiciones de la Ley Núm. 77-2013 sobre la colaboración y cooperación que debe entre la OPP y la ASES, ver 1 LPRA § 746 (5) y (7); 1 LPRA § 747 (n).

La Ley Núm. 77-2013 también faculta a la OPP a **solicitar** informe sobre quejas y querellas de las aseguradoras y de ASES para identificar posibles patrones de infracción a los derechos de los pacientes, y se le requiere **mantener comunicación continua y cooperación, entre otras, con ASES, para asegurarse que se atiendan las querellas bajo su jurisdicción**. Deberá canalizar las querellas que sean de la jurisdicción de otras entidades y **vigilar por su resolución** en cumplimiento con lo dispuesto en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y otras leyes aplicables.[20]

Además, la OPP puede: 1) procesar querellas presentadas por los pacientes relacionadas con las entidades privadas y agencias públicas que son proveedores y que prestan servicios de salud[21]; 2) interponer cualquier recurso o remedio legal por y **en representación** de las personas beneficiarias del Sistema de Salud de Puerto Rico, que para beneficio y protección de las mismas contemplan las leyes estatales o federales, contra cualquier agencia pública o entidad privada y entidad aseguradora para defender, proteger y salvaguardar los intereses, derechos y prerrogativas de estas personas[22].

El Artículo 14 de la Ley Núm. 77-2013 también faculta a la OPP a imponer multas administrativas por violación a las disposiciones de esta ley, previa notificación y vista, conforme y hasta las cantidades dispuestas en la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (LPAU).[23]

Ahora bien, la Ley Núm. 77-2013 **no le concede facultad a la OPP para investigar querellas que a su juicio se refieren a**

---

[20] 1 LPRA § 747 (n).
[21] Art 7(g), Ley Núm. 77-2013, 1 LPRA § 746 (g).
[22] Art 7(m), Ley Núm. 77-2013, 1 LPRA § 746 (m).
[23] Art. 14, Ley Núm. 77-2013,1 LPRA § 753 (Suplemento 2014).

algún asunto fuera del ámbito de su jurisdicción, en cuyo caso deberá referirla a la agencia pertinente y velará por su resolución.[24]

Con el propósito de regular y uniformar los procedimientos administrativos ante la OPP, se aprobó el Reglamento Núm. 7558 del 19 de agosto de 2008, Reglamento de Procedimientos Administrativos ante la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente (Reglamento 7558). El Reglamento 7558 mantiene su vigencia a pesar de los cambios en las leyes que regulan la OPP[25].

Según dispone el Reglamento 7558, la OPP tiene la facultad de radicar querellas ante su foro administrativo por infracciones a las leyes o reglamentos que administra.[26] Además, la OPP tiene la facultad de usar procedimientos adjudicativos de emergencia en una situación en que exista un peligro inminente para la salud, vida, seguridad y bienestar público o que requiera acción inmediata de la OPP.[27] Para los procedimientos adjudicativos de emergencia la OPP emitirá una orden o resolución.[28] Dicha orden o resolución podrá requerir el cese y desista de cualquier acto u omisión, <u>exigir que se realice</u> o se permita realizar determinada actividad, requerir la producción de documentos, información, entre otros remedios.[29]

Además, el Artículo XIII del Reglamento 7558, consigna la <u>facultad de dicha agencia para imponer multas</u>. Sobre el particular, el Artículo XIII dispone en su Sección 13.1:

> 1. Toda violación a las leyes que administre la OPP o a los reglamentos emitidos al amparo de las mismas, podrá ser penalizada con multas administrativas que no excederán de cinco mil ($5,000.00) dólares por cada violación o incidente.

---

[24] Art. 14, Ley Núm. 77-2013,1 LPRA § 748 (a) (Suplemento 2014).
[25] Ver Art. 17, Ley Núm. 77-2013, 1 LPRA § 741 (Disposiciones Transitorias) (Suplemento 2014).
[26] Ver Art. V, Sec. 5.3, 6(1), Reg. 7558.
[27] Ver Art. VIII, 1, Reg. 7558.
[28] Ver Art. VIII, 2, Reg. 7558.
[29] Ver Art. VIII, 3, Reg. 7558.

2. Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que le impone la Ley 194 incurrirá en una falta administrativa y podrá ser sancionada con pena de multa no menor de quinientos ($500) dólares ni mayor de cinco mil ($5,000) dólares por cada incidente o violación de ley.[30]

C

LEY NÚM. 72-1993- Ley de Administración de Seguros de Salud[31]

Desde su inicio en el 1993, a la ASES se le dio la encomienda de implantar, administrar y negociar mediante contratos con aseguradores u organizaciones de servicios de salud, un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médicos hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Entre las funciones que se le asignaron se encuentran: implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud, negociar y contratar con aseguradores públicos y privados, y organizaciones de servicios de salud, cubiertas de seguros médico-hospitalarios, negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud los servicios que estime conveniente, considerando la capacidad y estructura de estas.[32]

La Ley Núm. 72-1993, según enmendada, le confiere a la ASES la facultad de imponer multas administrativas a cualquier aseguradora, organización de servicios de salud, proveedor de servicios, administrador de servicios de farmacia o cualquier organización intermediaria contratada por aseguradores, que viole cualquier disposición de la ley y de cualquier otra ley cuya implantación le corresponda, así como que incumpla con cualquier obligación asumida en virtud de los contratos otorgados con la

[30] Ver Art. XIII, Sec. 13.1, Reg. 7558.
[31] 24 LPRA §7001 *et seq.* (Suplemento 2014).
[32] 24 LPRA § 7004 (a), (b), y (c). (Suplemento 2014).

ASES en cumplimiento de las responsabilidades que se le han otorgado a esta. La imposición de multas administrativas serán adicionales a otras penalidades económicas, incluyendo los daños líquidos pactados contractualmente o penalidades económicas que pueda imponer la ASES.[33]

Sobre el proceso de querellas, la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, también le impone a la ASES la obligación de requerir a los aseguradores, proveedores, y a las organizaciones de servicios de salud con los cuales contrate, procedimientos para atender y resolver querellas de proveedores participantes y beneficiarios. Sobre el particular, dispone:

> … **La Administración establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones tomadas sobre las querellas serán apelables ante la Administración, según se disponga por reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal de Apelaciones**. 24 LPRA § 7036. (Énfasis nuestro).

III

En apoyo a los errores señalados, la ASES comienza con el argumento de que este foro puede revisar plenamente la resolución que se impugna pues se trata de una controversia de derecho. Esta es, si la OPP tiene jurisdicción sobre la ASES, o si por el contrario, esta agencia se excedió en el ejercicio de su jurisdicción. En apoyo a su contención, la ASES arguye que la OPP no tiene jurisdicción para ordenarle brindar cubierta para un procedimiento o un equipo médico no incluido en la cubierta del PSG, lo que implicaría expandir la cobertura del PSG. Añade que cualquier controversia o querella que surja con relación a la aplicabilidad de la Ley Núm. 72-1993 y cualquier asunto relacionado con la cubierta del PSG o con los contratos con sus aseguradoras, es a la ASES a quien le compete mediante los

[33] 24 LPRA § 7004 (s). (Suplemento 2014).

mecanismos que tiene para ello. A tono con lo anterior, agregó que la señora Donovan debió acudir a la ASES de la denegatoria del beneficio por Triple-S y, posteriormente, de ser adversa la decisión de ASES, solicitar revisión judicial, lo que no hizo.

Sobre la imposición de la multa, ASES argumenta que los gastos y fondos públicos han de usarse para fines legítimos y legales, propiciando la máxima economía y la óptima utilización de los recursos. Indica que obligarle a pagar una multa de $1000 y proveer un equipo médico cuyo costo es de alrededor de $3000, que está excluido de la cubierta, es hacerle incurrir en un gasto ilegítimo e innecesario en detrimento de la buena utilización de fondos públicos.

En la alternativa, de determinarse que la OPP tenía jurisdicción sobre ella, ASES aduce que Triple-S es parte indispensable: Triple-S fue contratada por ella para ser proveedor de servicios del plan de reforma; fue quien denegó el beneficio solicitado; y, fue quien atendió la querella inicial de la paciente. Iniciado el proceso ante la OPP, solicitó intervención en el caso, que no fue atendida por la agencia.

Finalmente, nos señala que el contrato entre ASES y Triple S excluye de la cubierta básica el alquiler o adquisición de equipo médico duradero, excepto cuando de ello dependa la vida del paciente. La frase "cuando la vida del paciente dependa de ello", significa que sin el equipo el paciente no sobrevive. El desfibrilizador se considera equipo médico duradero no incluido en la cubierta de beneficios del Programa de Salud del Gobierno.

De otra parte la OPP, luego de citar las disposiciones legales que le dan autoridad, sostiene que no está interviniendo de manera torticera con lo establecido en el PSG, sino ejerciendo su autoridad en ley para defender los derechos del paciente a recibir servicios de salud de la más alta calidad; no interpuso su criterio,

sino que apoyó la determinación médica de los galenos Dr. Devarie y Dr. Franqui, basado en el plan de salud que ostentaba la señora Donovan.

Sobre el planteamiento de que dicha paciente o beneficiaria debió utilizar el proceso de quejas de ASES, la OPP argumenta que esta podía acudir tanto al procedimiento dispuesto en ASES mediante la Ley Núm. 72-1993 como a la OPP, pues la competencia de ASES no es exclusiva. Además, nos dice que la ASES no presentó el trámite que exigía que la querella que presentó la señora Donovan le correspondía a ASES.

En cuanto al planteamiento de Triple-S como parte indispensable, la OPP plantea que en el contrato entre esta y ASES se dispuso que Triple-S no sería financieramente responsable por lo establecido con los beneficiarios del PSG. Triple-S atendió los reclamos iniciales de la señora Donovan, pero agotado el procedimiento ante esta, quien ostentaba la autoridad para con el PSG, era ASES. Opina que Triple-S no reunía los factores necesarios para ser parte indispensable y que no tiene ninguna pericia o conocimiento que la ASES no tenga.

Como último punto, la OPP arguye que la multa procede pues, luego de la vista, el oficial examinador determinó que procedía la compra del desfribilizador porque caía entre las excepciones. Citando de la Ley Núm. 5-2014, nos dice que ninguna aseguradora debe impedir el pago por servicios prestados a un paciente cuando exista la necesidad médica y la misma se encuentre fundamentada en evidencia clínica que sostenga dicha determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente; independientemente de lo que establezcan las guías médicas utilizadas por la aseguradoras.

Luego de un ponderado análisis del expediente administrativo y de los planteamientos de ambas partes, concluimos que le asiste la razón a la ASES. Veamos.

La función de los tribunales es interpretar la ley, sin juzgar su bondad o sabiduría. Es obligación de los tribunales armonizar, hasta donde sea posible, todas las disposiciones de ley inherentes al caso, con miras a lograr un resultado sensato, lógico y razonable que represente la intención del legislador. El análisis de los motivos y la finalidad de la norma jurídica supone una delicada y compleja apreciación de intereses prácticos y de ideales éticos y culturales. Exige abundar en las realidades de la vida, en sus exigencias económicas y sociales. Es nuestro deber poner en vigor con lealtad escrupulosa las normas contenidas en las leyes, cumpliendo a cabalidad los fines que en forma clara e inteligible trazan los preceptos de la ley. "Al abordar un problema de interpretación, los jueces debemos ser cautelosos de no leer nuestra particular preferencia personal en el estatuto. De no dar énfasis exclusivo o improcedente a un criterio, sino que debemos situarnos en el cuadro total de las circunstancias que nos permitan determinar la intención legislativa. En el proceso de encontrar el significado de una ley que logre los propósitos del legislador, la interpretación judicial debe hacerse con fines socialmente útiles." *Almodóvar v. G.P. Industries, Inc.*, 153 DPR 223, 238- 240 (2001).

Antes de determinar a cuál de las dos agencias administrativas debemos dar deferencia, debemos resolver el planteamiento de falta de jurisdicción de la OPP sobre la ASES en cuanto a exclusiones de cubierta.

En primer lugar, atendemos el argumento de ASES de que la OPP actuó de forma *ultra vires* al imponerle una acción que va en contra de la cubierta contratada para el PSG y las relaciones

contractuales con sus beneficiarios y aseguradoras, en este caso Triple-S. Un examen de los estatutos brevemente reseñados en los párrafos precedentes, nos muestra que en el 2000 cuando se estableció la "Reforma de Salud", se le asignó a ASES la función de administrar dicho programa en colaboración con el Departamento de Salud. Posteriormente, en el 2001 se creó la OPP original a la cual se le asignó funciones que antes realizaba el Departamento de Salud. Evaluadas en conjunto las leyes Núm. 72-1993, 194-2000 y 77-2013, se desprende la intención legislativa de que la ASES, la OPP y el Departamento de Salud trabajen en colaboración para velar por el fiel cumplimiento de las respectivas disposiciones habilitadoras.

La Ley Núm. 72-1993, según enmendada, le concede a ASES competencia en todos los asuntos relacionados con el PSG. Mientras que el artículo 17 de la Ley Núm. 194-2000, dispone claramente que los asuntos concernientes al PSG son de la competencia de ASES. 24 LPRA § 3055 (b).

Como vimos, la Ley Núm. 72-1993 le impone a ASES la obligación de requerir que todo asegurador o proveedor tenga un procedimiento de querellas y de revisión de decisiones. 24 LPRA § 7036. Esta disposición le concede al querellante el derecho a revisión judicial ante este foro de las decisiones finales de ASES.
En cumplimiento con la obligación impuesta, el contrato entre ASES y la Triple S así lo reproduce.[34]

Del resumen de hechos surge que la orden del desfibrilador portátil para la señora Denovan se le solicitó el 2 de mayo de 2014 a la aseguradora Triple-S, quien el 20 de mayo denegó la petición. En beneficio de la señora Donovan, el Hospital Pavía, donde ésta se encontraba recluida, le envió una comunicación a Triple-S para que reconsiderara su denegatoria y el 22 de mayo la

[34] Ver, Artículo 14 del contrato, Ap. del Alegato en Oposición, págs. 242-256.

señora Donovan apeló la determinación de Triple-S. El 23 de mayo, mediante sendas comunicaciones escritas dirigidas a la señora Donovan y al señor Balbino Ayala Rosa, Triple-S notificó su determinación de mantener la denegatoria, exponiendo el fundamento para ello. En la comunicación que se le dirigió a la señora Donovan se le explicó el proceso a seguir. De igual forma, se le explicó el proceso al señor Balbino Ayala Rosa. No obstante, la señora Denovan optó por abandonar el proceso y acudir a la OPP.

La OPP nos dice que con la autorización que le concede la ley de buscar la determinación final de ASES, ayudó a la beneficiaria Kimberly Donovan a solicitarle a dicha agencia la autorización del desfibrilador portátil de acuerdo al contrato que rige ente la beneficiaria y ASES. No nos convence este argumento porque el texto de la ley es claro al afirmar que la obligación que la Ley Núm. 77-2013 le impone a la OPP, es la de buscar que la querella se solucione; no es una obligación de conceder el beneficio que se ha denegado.

La OPP podía, en representación de la señora Donovan, presentar la petición de revisión ante la ASES como lo hizo, pues la Ley Núm. 77-2013 le faculta para interponer cualquier recurso o remedio legal por y en representación de las personas beneficiadas del Sistema de Salud de Puerto Rico para defender, proteger y salvaguardar los intereses, derechos y prerrogativas de estas personas.[35]

Ahora bien, una vez ASES sostuvo la denegatoria del beneficio, la OPP podía, nuevamente en representación de la señora Donovan, acudir a este foro mediante revisión judicial.[36] Al proceder a celebrar una vista adjudicativa se convirtió en un foro

---

[35] Ver nota al calce núm. 19.
[36] 24 LPRA § 7036.

apelativo *cuasi* judicial de una decisión de la ASES sobre una exclusión de servicio del PSG; facultad que la ley no le confiere. No encontramos en algún lugar de los estatutos evaluados que la OPP sea un foro apelativo de las decisiones de ASES.

En vista de lo anterior, determinamos que la OPP carecía de autoridad para ordenarle a ASES que aprobara el desfibrilador portátil para la señora Donovan y, por tanto, tampoco procedía la imposición de la multa. Como consecuencia, procede la revocación de la resolución impugnada. Resuelto lo anterior, no es necesario discutir el señalamiento de error del recurrente relacionado a la ausencia de parte indispensable.

IV

Por los fundamentos expuestos, se deja sin efecto la resolución de la OPP, aquí impugnada.

Lo acordó el Tribunal y certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones