

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

PANEL III

COMISIONADO DE
SEGUROS DE PUERTO
RICO

Recurrido

v

HUMANA HEALTH PLANS
OF PUERTO RICO, INC.

Recurrente

KLRA201401217

*Revisión
Administrativa*
Procedente de la
Oficina del
Comisionado de
Seguros de
Puerto Rico

CASO NÚM.
PP-2013-29

SOBRE:
VIOLACIÓN AL
ART. 30.050 DEL
CÓDIGO DE
SEGUROS DE P.R.

Panel integrado por su presidente, el Juez Vizcarrondo Irizarry, la Jueza Colom García y el Juez Steidel Figueroa

Vizcarrondo Irizarry, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 29 de febrero de 2016.

Humana Health Plans of Puerto Rico [en adelante, "Humana" o "la recurrente"] nos solicita mediante recurso de revisión administrativa que revoquemos una resolución emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico [en adelante, "la OCS" o "la agencia"], que dispuso que la recurrente violentó el artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 3004, cuando redujo unilateralmente algunas de las tarifas que había pactado con ciertos proveedores de servicios de laboratorios.

Por los fundamentos que exponemos a continuación, **CONFIRMAMOS** la determinación de la agencia.

-I-

Según surge del expediente, Humana es una organización de servicios de salud debidamente autorizada por la OCS para ofrecer planes de cuidado de salud y otros tipos negocios de

seguros en Puerto Rico. Por otro lado, la Asociación de Laboratorios Clínicos Privados de Puerto Rico, Inc. [en adelante, "la Asociación"] es una corporación sin fines de lucro organizada para, entre otros fines, promover, proteger y defender los derechos de sus laboratorios clínicos miembros. Los miembros de la Asociación son proveedores participantes de Humana según se define en el artículo 30.020 (e) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRa sec. 3001.¹

Este caso envuelve específicamente un grupo de 43 laboratorios [en adelante, "Laboratorios"], todos miembros de la Asociación, que fueron proveedores participantes de Humana para el período en controversia —entre el 1 de abril de 2010 al 30 de septiembre de 2010. Durante ese tiempo mantuvieron con Humana contratos de proveedores para brindar servicios a aquellos suscriptores que estuviesen acogidos al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, también conocido como "la Reforma".²

El 1 de abril de 2010, Humana cursó la Carta Circular C-P-03-10 a todos los laboratorios de la red de proveedores del plan de la Reforma para informarles que a partir del 1 de julio de

¹ El referido artículo 30.020 (e), *supra*, establece que se considerará como "proveedor participante":

todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia prehospitalarios o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato con un asegurador u organización de servicio de salud preste servicios de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud o seguro de salud.

² Los contratos que suscribieron los Proveedores con Humana bajo la Reforma estuvieron vigentes hasta el 30 de septiembre de 2010 cuando dicho plan fue sustituido por el programa Mi Salud. Ante este cambio, los Laboratorios tuvieron que firmar nuevos contratos con Humana con vigencia del 1 de octubre de 2010. Véase Apéndice 1 de la Solicitud de la Petición de Revisión de Humana, pág. 10, incisos 18 y 19; y Apéndice 9 de la Oposición presentada por la OCS. Del mismo modo, véase la *Resolución de 24 de junio de 2014*, Determinaciones de Hechos núms. 18 y 19, Apéndice 1 de la Petición de Revisión de Humana, págs. 00010.

2010 implementaría una reducción en algunas de las tarifas previamente establecidas.³ El motivo de reducción fue conservar el nivel de primas que mantenía con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico [en adelante, "ASES"].⁴ Es preciso aclarar que mediante estas tarifas se les compensa a los laboratorios por los servicios que otorgan.

El 7 de mayo de 2010, la Asociación, en representación de sus Laboratorios miembros, cursó una carta en la que denunció ante el Comité de Querellas de Humana lo que a su entender comprendió una violación a la ley de Pago Puntual, por lo que le solicitó que dejaran sin efecto las reducciones a las tarifas. En vista de que el procedimiento interno de Humana no rindió frutos, la Asociación presentó el 16 de agosto de 2010 una querrela ante la OCS al amparo del capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRC secs. 3001-3008, también conocido como la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud [en adelante, "Ley de Pago Puntual"], Ley Núm. 104-2002, y de la regla 73 de su Reglamento. En síntesis, indicó que al reducir unilateralmente las tarifas Humana no solo violentó los términos de los contratos que otorgó con los Laboratorios, sino que también infringió lo dispuesto en el artículo 30.050 del Código de Seguros, *supra*. La querrela motivó una investigación por parte de la OCS sobre el asunto.

El 15 de octubre de 2012, Humana presentó dos escritos ante la OCS, uno cuestionando la validez y procedencia de la investigación iniciada por la agencia a raíz de la querrela y otro

³ *Carta Circular C-P-03-10*, Apéndice 8 de la Petición de Revisión de Humana, pág. 00065.

⁴ *Resolución del 24 de junio de 2014 de la OCS*, Determinación de Hechos núm. 4, Apéndice de la Petición de Revisión de Humana, pág. 00006.

solicitando la desestimación de la querella.⁵ En esencia, Humana argumentó que la agencia carecía de jurisdicción para atender la querella, pues, a su entender, la Asociación carecía de legitimación activa para instar una querella en representación de de sus miembros. Alegó que quienes único estaban legitimados para reclamar por las presuntas violaciones estatutarias y contractuales eran los Laboratorios en su carácter individual. Indicó, a su vez, que aun si la OCS tuviera jurisdicción, las alegaciones contenidas en la querella no establecen una violación a la Ley de Pago Puntual.

Tras varios trámites procesales, la OCS emitió el 28 de marzo de 2013 una orden fundamentada en la información que recopiló durante su investigación.⁶ En esta dispuso que toda vez que las tarifas eran parte de los acuerdos contenidos en los contratos de proveedores de servicios de salud, cualquier cambio sobre estas implicaba una enmienda a los contratos. Así pues, concluyó que toda vez que el cambio en tarifas se realizó bajo la voluntad única de Humana, ello constituyó una enmienda unilateral a los contratos. Aclaró que para poder renegociar sus tarifas, Humana debía esperar a la fecha de renovación de tales contratos. Por tales actuaciones la OCS le impuso a Humana una multa administrativa de \$5,000. También le ordenó restaurar las tarifas que estaban vigentes antes de que unilateralmente las enmendara; ajustar las reclamaciones incurridas desde la fecha en que puso en vigor los cambios; pagar la diferencia que resulte de tal ajuste; y que presentara prueba de ello ante la agencia. De igual forma, le apercibió que

⁵ Véase Apéndices 10 y 11 de la Petición de Revisión de Humana, págs. 00129-00155.

⁶ Véase *Orden del 28 de marzo de 2013*, Apéndice 16 de la Petición de Revisión de Humana, págs. 00168-00175.

de continuar con dicha práctica se le podría imponer sanciones más severas.

Humana presentó el 22 de abril de 2013 una "Solicitud de Desestimación y Reconsideración" en la que hizo constar sus objeciones a la orden que emitió la OCS y además solicitó la celebración de una vista administrativa. Posteriormente, y luego que la OCS le permitiera a la Asociación participar del trámite administrativo como parte interventora, se celebró la vista administrativa.⁷ Mediante, la resolución que emitió y notificó el 25 de junio de 2014, la OCS confirmó la orden del 28 de marzo de 2013 en todos sus extremos. En atención a los cuestionamientos jurisdiccionales planteados por Humana, la OCS le reconoció legitimación a la Asociación para objetar la reducción de las tarifas en representación de sus Laboratorios miembros. Del mismo modo, determinó que como parte del deber que tiene el Comisionado de Seguros para velar que se cumplan con las leyes y reglamentos que regulan la industria de seguros en Puerto Rico, venía llamado a atender la controversia suscitada entre las partes. Ello, por tratarse de posibles violaciones al Código de Seguros de Puerto Rico. En cuanto a los méritos del asunto, en síntesis, concluyó lo siguiente:

La Organización, por tanto, al poner en vigor una enmienda unilateral a las tarifas durante la vigencia del contrato y al negarse a pagar las reclamaciones conforme las tarifas contratadas antes de la enmienda unilateral, **actuó en contravención al Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico**, *supra*, y ante la ausencia de una solicitud de cancelación, los contratos permanecieron en vigor, sin cambios.⁸

La OCS aclaró que "negarse a pagar una reclamación conforme a las tarifas contratadas [con los Laboratorios], constituye negarse a pagar una reclamación", lo que contraviene

⁷ Resolución del 18 de noviembre de 2013, Apéndice de la Petición de Revisión de Humana, págs. 00234-00242.

⁸ Resolución del 24 de junio de 2014 de la OCS, *supra*, en la pág. 00031.

con el artículo 30.050, *supra*.⁹ Al analizar las cláusulas contractuales a la luz del referido artículo, la OCS resaltó que la ley prevalece sobre el contrato debido al alto interés público que merecen los servicios de salud que se le ofrecen a la ciudadanía. Finalmente, ratificó las sanciones previamente impuestas a Humana.

Ante una solicitud de reconsideración oportunamente presentada, la OCS se reiteró en lo resuelto. Inconforme, Humana comparece ante este Tribunal de Apelaciones mediante recurso de revisión administrativa. Plantea que la OCS incurrió en los siguientes errores:

- A. LA OCS ACTUÓ *ULTRA VIRES* Y EN CONTRA DE SU CARTA NORMATIVA NÚM. N-PP-3-73-2006, AL RESOLVER LA QUERRELLA SIN JURISDICCIÓN PORQUE NUNCA HUBO UNA RECLAMACIÓN REALIZADA POR UN 'PROVEEDOR PARTICIPANTE' DENTRO DE LOS TÉRMINOS JURISDICCIONALES EXPUESTOS EN LA LEY DE PAGO PUNTUAL COMO PARA ACTIVAR LA JURISDICCIÓN DE OCS.
- B. DE ENTENDERSE QUE LA OCS TIENE JURISDICCIÓN, LA OCS ERRÓ AL CONCLUIR QUE HUMANA REALIZÓ UNA ENMIENDA UNILATERAL A LOS CONTRATOS DE PROVEEDOR EN VIOLACIÓN AL ARTÍCULO 30.050 DE LA LEY DE PAGO PUNTUAL PORQUE:
 - a. LAS TARIFAS NO FORMAN PARTE DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS ENTRE LOS LABORATORIOS Y HUMANA;
 - b. AÚN SI LAS TARIFAS FORMARAN PARTE DE LOS CONTRATOS, EL CAMBIO FUE EFECTUADO CONFORME A LA OPERACIÓN DE UNA CLÁUSULA DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL VÁLIDA, A TENOR CON NUESTRO ORDENAMIENTO CIVIL Y HABITUAL EN EL COMERCIO Y EN LA INDUSTRIA DEL SEGURO MÉDICO.
 - c. AÚN SI LA CLÁUSULA DE MODIFICACIÓN NO FUESE VÁLIDA EN DERECHO, LA PRUEBA INCONTROVERTIDA DEMOSTRÓ CONTUNDENTEMENTE QUE CADA UNO DE LOS PROVEEDORES CONSINTIÓ AL CAMBIO DE LAS TARIFAS.

⁹ *Íd*, en la pág. 00032.

d. AÚN SI SE INTERPRETARA QUE LA ASOCIACIÓN PUEDE OBJETAR TARIFAS A NOMBRE DE SUS MIEMBROS, SEGÚN SOSTIENE LA OCS, ENTONCES CONDONA UN ACCIÓN ILEGAL DE 43 LABORATORIOS INDEPENDIENTES QUE SE UNIERON PARA RECHAZAR UNAS TARIFAS CON EL ÚNICO PROPÓSITO DE OBTENER TARIFAS MÁS ALTAS QUE LO QUE PUEDE OBTENERSE EN EL MERCADO, LO QUE HA SIDO REITERADAMENTE RECONOCIDO COMO UNA ACCIÓN ILEGAL BAJO LAS LEYES ANTIMONOPOLÍSTICAS ESTATALES Y FEDERALES.

Con el beneficio de los escritos de ambas partes, procedemos a resolver.

-II-

Derecho Aplicable

-A-

La Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, 3 LPRÁ secs. 2101 *et seq.* [en adelante, "LPAU"], delimita el alcance de la revisión judicial de las decisiones administrativas. Dispone que las determinaciones de hechos de las agencias serán sostenidas por el tribunal si se basan en evidencia sustancial que obre en el expediente administrativo; mientras que las conclusiones de derecho serán revisables en todos sus aspectos. Sección 4.5 de la LPAU, 3 LPRÁ sec. 2175. Cónsono con esta normativa, los tribunales revisores deben examinar si la determinación administrativa está fundamentada en la prueba o si, por el contrario, es incompatible con esta. Assoc. Ins. Agencies, Inc. v. Com. Seg. P.R., 144 DPR 425, 437 (1997). Cuando la interpretación de los hechos es razonable, los tribunales, de ordinario, deben sostener el criterio de la agencia y no sustituirlo por el suyo. Pérez Vélez v. VPH Motors, Corp., 152 DPR 475, 490 (2000). No obstante, si luego de un estudio y

análisis ponderado el tribunal descubre que la determinación administrativa trastoca valores constitucionales o resulta arbitraria e irrazonable, podrá sustituir el criterio de la agencia por el suyo y revocar el dictamen cuestionado. *Íd.*

Cabe recordar que los procedimientos y las determinaciones administrativas están revestidos de una presunción de corrección y regularidad. Gutiérrez Vázquez v. Hernández y otros, 172 DPR 232, 244 (2007); Hernández v. Centro Unido, 168 DPR 592, 615 (2006). Es norma reiterada que los tribunales le deben dar gran peso o deferencia a las aplicaciones e interpretaciones de las agencias con respecto a las leyes y los reglamentos que administran, por lo que no pueden descartar libremente sus conclusiones e interpretaciones de derecho. Cruz Negrón v. Adm. de Corrección, 164 DPR 341, 357 (2005). Ello, en consideración de la experiencia y el conocimiento especializado que poseen sobre los asuntos que les han sido delegados. Vélez v. A.R.Pe., 167 DPR 684, 693 (2006); Rivera Concepción v. ARPE, 152 DPR 116, 122 (2000). No obstante, lo anterior no significa una abdicación de la función revisora del foro judicial. "Por el contrario, los tribunales tienen el deber de proteger a los ciudadanos contra posibles actuaciones *ultra vires*, inconstitucionales o arbitrarias de las agencias." Ramos Román v. Corp. Centro Bellas Artes, 178 DPR 867, 884 (2010).

En fin, la revisión judicial de una decisión administrativa se circunscribirse a determinar si: (1) el remedio concedido por la agencia fue apropiado; (2) las determinaciones de hecho realizadas por la agencia están sostenidas por evidencia sustancial en el expediente administrativo; y (3) las conclusiones

de derecho fueron las correctas. Rivera v. A & C Development Corp., 144 DPR 450, 460-461 (1997).

-B-

Como es conocido, la industria de seguros en Puerto Rico está revestida de un gran interés público debido a su efecto en la economía y en la sociedad en general. Por tal razón es supervisada y reglamentada por el Estado con más rigurosidad que otros sectores. Primordialmente está regida por el Código de Seguros de Puerto Rico, el cual, con el fin de fiscalizar cuidadosamente este sector, creó el cargo del Comisionado de Seguros, a quien le confirió amplios poderes para investigar, aprobar reglamentos, adjudicar controversias y velar por el cumplimiento estricto con las disposiciones del referido cuerpo de normas. Artículos 2.010, 2.030 y 19.031 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRa sec. 233 235 y 1903a, respectivamente; Asoc. Ins. Agencies, Inc. v. Com. Seg. P.R., 144 DPR 425, 442 (1997); PFZ Props., Inc. v. Gen. Acc. Ins. Co., 136 DPR 881, 901 (1994).

Conforme a los poderes que le fueron delegados, el Comisionado de Seguros está facultado para denegar, suspender o revocar las licencias de una aseguradora; ordenarle a una parte que desista de violar la ley o el reglamento; imponer multas administrativas por infracciones al Código de Seguros o los reglamentos promulgados o cualquier otra sanción autorizada estatutariamente. Artículos 2.030, 2.150, 3.200, 3.210 y 3.211 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRa secs. 247, 320, 321 y 321a, respectivamente. En la eventualidad que determine que una aseguradora ha violentado alguna de las disposiciones del Código de Seguros, el Comisionado está facultado para así declararlo dentro del adecuado trámite administrativo. *Id.*

El artículo 2.030(12) del Código de Seguros, 26 LPRA sec. 235(12), expresamente autoriza al Comisionado de Seguros para llevar a cabo las investigaciones necesarias para asegurar el cumplimiento con las disposiciones de ley y la reglamentación aplicable, al igual que con las órdenes que haya emitido la agencia. El referido artículo prescribe lo siguiente:

(12) El Comisionado podrá llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código, su reglamento y las órdenes que ha emitido, y para obtener toda la información útil a la administración de éstas. Para ello utilizará aquellos mecanismos que estime necesarios. La investigación o examen podrá extenderse a cualquier persona o entidad que tenga o haya tenido negocios de seguros y a aquellas entidades comerciales o empresas que tengan relación comercial con éstas. El alcance de la investigación o examen podrá extenderse fuera de la jurisdicción de Puerto Rico.

Sobre el particular también dispone que:

El Comisionado podrá, con el fin de determinar si se cumple con este Código, investigar o examinar las cuentas, archivos, documentos, negocios y operaciones relacionadas con el negocio de seguros de:

(1) Toda persona que disfrute de una autorización, licencia o permiso debidamente expedido por la Oficina para realizar negocios de seguro.

(2) Toda persona que tenga un contrato de administración con un asegurador.

[...]

(5) Toda persona o entidad que tenga o haya tenido negocios de seguros y aquellas entidades comerciales o empresas que tengan relación comercial con éstas.

Artículo 2.120 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 244.

Por otro lado, la Ley de Pago Puntual, *supra*, la cual incorporó el capítulo 30 al Código de Seguros de Puerto Rico, le confirió jurisdicción original al Comisionado de Seguros para atender y resolver aquellas reclamaciones que surjan entre los proveedores de servicios y las aseguradoras. Artículo 30.080 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 3007. De su

exposición de motivos surge que esta ley procura regular la relación entre la aseguradora y los proveedores de servicios con miras a garantizar el buen funcionamiento de los servicios de salud que ofrecen a la ciudadanía. En relación a enmiendas unilaterales sobre los términos del contrato y las tarifas de servicios, dispone en su artículo 30.050, *supra*, lo siguiente:

[...]

Ningún asegurador u organización de servicios de salud podrá negarse a pagar una reclamación por servicios prestados por razón de que se hubieran efectuado alteraciones o enmiendas unilaterales a los términos del contrato entre asegurador u organización de servicios de salud y suscriptor, o entre asegurador u organización de servicios de salud y proveedor, **incluyendo enmiendas a las tarifas.**

En consideración de la normativa expuesta, resolvemos.

-III-

En su primer señalamiento de error, Humana cuestiona la jurisdicción de la OCS para dirimir sobre la violación al artículo 30.050, *supra*, que se le imputó en la querrela. Argumenta que la OCS carecía de jurisdicción sobre el asunto pues la Ley de Pago Puntual reconoce una causa de acción sólo a aquellos proveedores de servicios participantes en su capacidad individual y no a las entidades que de alguna manera los agrupan. Añade que como los Laboratorios no presentaron sus reclamos u objeciones individualmente dentro del plazo que dispone la Ley de Pago Puntual, con ello privaron de jurisdicción a la OCS para atender el asunto.

Como segundo error, Humana plantea que aun si se determina que la OCS poseía jurisdicción, esta se equivocó al concluir que la reducción de tarifas implicó una violación al artículo 30.050 del Código de Seguros, *supra*. Aduce que las tarifas no formaban parte de los contratos de servicios en

cuestión; que aún si formaran parte, el cambio fue efectuado conforme a una cláusula de modificación válida; también aduce que aún si la cláusula no fuese válida, los Laboratorios consintieron a la reducción en tarifas. Por último, alega que el común acuerdo de estos 43 Laboratorios para rechazar la reducción en tarifas implicó una actuación ilegal bajo las leyes antimonopolísticas estatales y federales. Discutiremos estos señalamientos de error en conjunto.

-A-

De entrada, conviene resaltar que el caso surge como consecuencia de la enmienda unilateral a las tarifas que Humana realizó durante la vigencia de los contratos de servicios que había otorgado con los Laboratorios. Con esto en mente, nos corresponde primero evaluar si era necesaria la legitimación activa de la Asociación para que la OCS iniciara el trámite administrativo y ejerciera su función investigativa. Para ello, debemos referirnos a lo que dispone nuestro ordenamiento jurídico con relación a la doctrina de la legitimación activa de las asociaciones.

El Tribunal Supremo de Puerto Rico estableció en Col. de Ópticos de P.R. v. Vani Visual Center, 124 DPR 559 (1989), que para que una Asociación pueda representar los intereses de sus miembros deberá cumplir con unos criterios. Estos son: (1) que cada miembro tenga legitimación activa para demandar a nombre propio; (2) que los intereses que se pretenden proteger están relacionados con los objetivos de la organización; y (3) que la reclamación y el remedio solicitado no requiera la participación individual de los representados. *Íd.*, en las págs. 565-566. Desde entonces ha sido reiterada en varias ocasiones por el referido foro judicial, más recientemente en Mun. Aguada

v. Junta de Calidad Ambiental, res. el 27 de enero de 2014, 190 DPR 122 (2014), 2014 TSPR 7.

No es la primera vez que este Tribunal de Apelaciones atiende un recurso en el que se cuestiona la legitimación activa de la Asociación para instar una querrela ante la OCS en representación de sus miembros. Consistentemente hemos resuelto que la Asociación está legitimada para ello.¹⁰ Recientemente un panel hermano reafirmó en Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. MMM Healthcare, Inc. et als, KLRA201201176 (2014), lo resuelto en el caso de Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. MCS Life Insurance Company, KLRA201000485 (2011).¹¹ Específicamente en cuanto al cumplimiento de los requisitos para la legitimación activa de asociaciones, se resolvió que al presentar una querrela ante la OCS la Asociación procuraba proteger los intereses de sus miembros, lo que equivale al cumplimiento del segundo de estos requisitos. La presunta violación de Humana al referido artículo 30.050 avala la legitimación individual de los Laboratorios miembros de la Asociación para comparecer ante la OCS y presentar sus reclamos. Así lo reconoce la propia parte recurrente cuando argumenta que al tratarse de proveedores participantes, eran estos quienes debían presentar sus reclamos. Ello equivale al cumplimiento del primero de estos requisitos.

En cuanto al tercer requisito, Humana no expone razones que ameritaran exigir la comparecencia individual de los Laboratorios. Del expediente tampoco surge prueba que avale

¹⁰ Véase Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. MMM Healthcare, Inc. et als, KLRA201201176 (2014); Asociación Puertorriqueña De Laboratorios Clínicos Privados, Inc. v. Comisionado de Seguros de Puerto Rico, et als, KLRA201300249 (2013); Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. MCS Life Insurance Company, KLRA 201000485 (2011).

¹¹ En este caso, KLRA201000485, se mantuvo la determinación del Tribunal de Apelaciones cuando el Tribunal Supremo de Puerto Rico denegó el recurso de *certiorari* que se le presentó.

tal requerimiento. La controversia medular del caso se circunscribe a determinar la validez de un cambio unilateral que realizó la aseguradora Humana sobre ciertas tarifas acordadas con los Proveedores mientras aún estaban vigentes los contratos de servicios. Ello, en contravención con lo dispuesto en el artículo 30.050 del Código de Seguros, *supra*. Para tales efectos, la comparecencia individual de los Laboratorios no era necesaria. La existencia o inexistencia de daños que pudieran haber sufrido los miembros de la Asociación, lo adecuado o no de las tarifas rebajadas, y su decisión de acceder posteriormente a tarifas menores mediante el otorgamiento de nuevos contratos con Humana no son pertinentes al caso ya que nada de esto es requisito para determinar si se violentó o no con el mencionado artículo del Código de Seguros. Toda vez que la Asociación reunía los requisitos establecidos en nuestra jurisdicción para la legitimación activa de asociaciones, concluyó correctamente la OCS que estaba facultada para representar los intereses de sus Laboratorios miembros.

No obstante, conviene destacar un aspecto jurisdiccional importante. La jurisdicción de la OCS en este caso se ejerce ante el alegado incumplimiento de Humana con una directriz clara establecida en el Código de Seguros de Puerto Rico. Una vez conoció sobre la presunta violación mediante la querrela que instó la Asociación, la OCS ejerció su jurisdicción para intervenir e iniciar el proceso de investigación con el fin de hacer cumplir las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, según le fue encomendado. Aun cuando reciba querellas del público, las investigaciones que de estas puedan originarse se realizan en cumplimiento con el deber de la OCS de fiscalizar la industria de seguros, en representación del interés público en general, y no

del interés particular de la parte querellante. Por tanto, en realidad no era necesaria la legitimación de la Asociación para solicitar el proceso de investigación en la OCS. Ello, conforme a la jurisdicción original que el artículo 30.080 del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, le reconoce a la OCS para atender controversias que surjan entre proveedores participantes, como lo son los Laboratorios, y aseguradores, como es el caso de Humana. Así pues, una vez la Asociación solicitó la intervención de la OCS para que comenzara una investigación contra Humana, dejó de ser parte en el proceso y se convirtió en un caso de la OCS contra Humana solamente. Es por ello que la Asociación tuvo luego que solicitarle a la OCS que le permitiera participar del proceso administrativo como parte interventora.

-B-

Resuelto el aspecto jurisdiccional, nos corresponde atender los méritos del asunto. El artículo 30.050 del Código de Seguros, *supra*, prohíbe que ante un cambio unilateral a las tarifas se niegue el pago de una reclamación por los servicios prestados. En específico, dispone lo siguiente:

Ningún asegurador u organización de servicios de salud podrá negarse a pagar una reclamación por servicios prestados por razón de que se hubieran efectuado alteraciones o enmiendas unilaterales a los términos del contrato entre asegurador u organización de servicios de salud y suscriptor, o entre asegurador u organización de servicios de salud y proveedor, **incluyendo enmiendas a las tarifas.**

(Citas omitidas)

Conforme a este articulado, Humana no podía incluir una cláusula en los contratos de proveedores de servicios en la que se reservara el derecho de cambiar unilateralmente las tarifas, independientemente de si se lo notificaba con antelación a la otra parte. Por tal razón, desde el 16 de marzo de 2006 la OCS

advirtió a todas las compañías aseguradoras sobre el alcance de la Ley de Pago Puntual y los efectos adversos que acarrearía la inclusión de cláusulas en sus contratos dirigidas a evadir su responsabilidad. Así lo hizo mediante la Carta Normativa N-PP-3-73-2006, en la que, en lo pertinente, puntualizó lo siguiente:

Por último, hemos advenido en conocimiento de que algunos aseguradores y organizaciones de servicios de salud han circulado a sus proveedores de servicios de salud contratos que contienen cláusulas que podrían ser contrarias a las disposiciones de la Ley. A esos efectos, **debemos advertir que las relaciones contractuales que se establezcan entre los proveedores de servicios de salud y los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deben ser afines a las disposiciones de la Ley Núm. 104 y su claro propósito legislativo.** Habida cuenta de que el principio de autonomía contractual entre las partes está subordinado a que los pactos, cláusulas y condiciones establecidas no sean contrarias a las leyes, la OCS, en quien recae el deber ministerial de administrar las disposiciones de la Ley Núm. 104, no avalará el que un asegurador autorizado a suscribir planes de cuidado de salud y organizaciones de servicios de salud utilice sus contratos con los proveedores para establecer condiciones que tengan el efecto de evadir las obligaciones que impone la ley.¹²

No hay controversia en que Humana hizo efectivo el cambio en tarifas según advirtió en su Carta Circular CP-03-10 de 1 de abril de 2010.¹³ Toda vez que del expediente no surge prueba en contrario, es razonable concluir que las reclamaciones entre 1 de julio de 2010, fecha en que entraba en vigor la reducción en tarifas concernientes al plan de la Reforma, y el 1 de octubre de 2010, cuando entraron en vigor los contratos suscritos ante el nuevo plan de salud del gobierno "Mi Salud", fueron pagadas conforme a la reducción en tarifas implementada.

Como bien dispuso este Tribunal de Apelaciones en el caso de Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. MCS Life Insurance

¹² Carta Normativa Núm. N-PP-3-73-2006, Apéndice 3 de la Petición de Revisión de Humana, pág. 00056.

¹³ Véase Carta Circular CP-03-10 de Humana de 1 de abril de 2010, Apéndice 4 de la Petición de Revisión de Humana, pág. 00057.

Company, supra¹⁴, el pago de una cantidad inferior a la que los proveedores de salud tienen derecho constituye una negativa a pagar la reclamación. Ello, pues la aseguradora se estaría negando a satisfacer los pagos que reclamaron los proveedores por los servicios que prestaron conforme a los términos y condiciones previamente establecidas en los contratos. Acogemos este razonamiento. De acuerdo al artículo 30.050, *supra*, dicho proceder está claramente vedado, lo que implica que Humana debía abstenerse de realizar enmiendas unilaterales al contrato para reducir las tarifas. Por ende, cualquier cláusula que Humana haya incluido en los contratos con los Laboratorios que disponga lo contrario carece de validez por ser contraria a la ley. Es así conforme al principio contractual plenamente arraigado en nuestra jurisdicción que le permite a las partes establecer pactos, cláusulas y condiciones que tengan por convenientes, siempre y cuando no sean contrarias a la ley, a la moral y el orden público. Artículo 1207 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRa sec. 3372.

Humana sugiere que no pudo haber una enmienda unilateral a los contratos que otorgó con los 43 Laboratorios porque las tarifas no formaban parte del contrato y, por ende, no se alteró lo contractualmente acordado. Con ello procura justificar la reducción unilateral de las tarifas. Su planteamiento no nos convence.

De la faz de los contratos suscritos con los Laboratorios surge que las partes acordaron que los anejos que se incluyeron con estos contratos formarían parte de los mismos (*"This Agreement together with all attachments annexed hereto and*

¹⁴ Al igual que en el caso que nos ocupa, en dicha ocasión el Tribunal de Apelaciones también atendió una reducción unilateral de tarifas a unos proveedores de salud por parte de una aseguradora.

*the applicable provisions of the Reform Program Contract Incorporated herein, contains all the terms and conditions agreed upon by the parties and supersedes all other agreements of the parties...”).¹⁵ La prueba que obra en el expediente revela que Humana proveyó las tarifas junto con los contratos.¹⁶ Es lógica conclusión que por tratarse de un contrato de proveedores de servicios de salud, el precio de los servicios a ofrecer, es decir, las tarifas, son parte esencial del contrato pues forman parte de las contraprestaciones pactadas. La falta de precio cierto conllevaría la falta de causa, lo que implicaría que el contrato carecería de uno de los tres elementos indispensables para la su existencia. Artículo 1213 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRa sec. 3391; Quiñones López v. Manzano Posas, 141 DPR 139, 154 (1996). De igual forma, al referirnos al artículo 30.050, *supra*, vemos que este específicamente incluye las tarifas como parte de los contratos de proveedores de servicios de salud cuando advierte que cualquier cambio en las tarifas o en alguno de los términos del contrato no se podrá realizar unilateralmente. Lo expuesto, no hay duda, demuestra que las tarifas eran parte esencial de los acuerdos contenidos en los contratos que otorgó Humana con los Laboratorios para el plan de salud de la Reforma.*

Como argumento alternativo, Humana se ampara en el principio de libertad de contratación para sugerir que el cambio a las tarifas fue válido pues se efectuó conforme a una cláusula de modificación que incluyó en dichos contratos. Bajo esta, los Laboratorios debían objetar el cambio en tarifas que se les

¹⁵ Véase cláusula de *Entire Agreement*, Apéndice 51 de la Petición de Revisión de Humana, págs. 00524-00527.

¹⁶ *Testimonio del señor José Sánchez*, Transcripción de la Vista Administrativa del 11 de febrero de 2014, pág. 187.

notificó mediante la Carta Circular C-P-03-2010 que cursó Humana porque, de lo contrario, se entendería que consintieron al cambio. Recalamos que el cambio de tarifas por voluntad exclusiva de una de las partes contratantes en un contrato de proveedores de servicios de salud está vedado por nuestro ordenamiento jurídico. De manera que cualquier cláusula que le permita a una de las partes contratantes hacerlo es contraria a la ley y, por ende, se entiende por no puesta. Por tanto, carece de méritos este argumento alternativo. Obsérvese además que la recurrente parte de la premisa equívoca de que la carta que cursó la Asociación a Humana no constituyó una objeción válida por parte de los Laboratorios. No podemos perder de perspectiva que los Laboratorios, por medio de una asociación legitimada para ello, no solo presentaron sus objeciones al cambio de tarifas dentro del procedimiento interno de querellas de Humana, sino que también lo hicieron ante la OCS cuando la aseguradora se negó a honrar las tarifas acordadas.

Humana también plantea que en todo caso los Laboratorios consintieron de forma expresa a las nuevas tarifas cuando firmaron los contratos para el nuevo plan de salud del gobierno que entró a sustituir al de la Reforma. Sobre ello, resaltamos que la controversia en este caso se circunscribe a los contratos de proveedores de salud que otorgó Humana con los Laboratorios en relación al plan de salud la Reforma. Por tanto, cualquier contrato o acuerdo que haya surgido posteriormente resulta inmaterial a los hechos de este caso. Del expediente no surge prueba que indique que en algún momento los Laboratorios consintieron a la reducción de tarifas concernientes al plan de la Reforma.

Por último, Humana plantea que el rechazo a la reducción unilateral de las tarifas que comunicó la Asociación a nombre de sus Laboratorios miembros constituyó una acción concertada prohibida por las leyes antimonopolísticas. Cataloga dicha actuación como un "boicot" de estos proveedores de salud para obtener tarifas más altas, por lo que entiende que la OCS incidió al avalarlo. No le asiste la razón.

Sobre este asunto en particular, la ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, conocida como Ley de Monopolios y Restricción del Comercio, 10 LPRA sec. 251 *et seq*, establece en su artículo 2 lo siguiente:

Todo contrato, combinación en forma de trust o en otra forma, o conspiración para restringir irrazonablemente los negocios o el comercio en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o en cualquier sector de éste, por la presente se declaran ilegales y toda persona que haga tales contratos o se comprometa en tales combinaciones o conspiraciones incurrirá en delito menos grave.

10 LPRA sec. 258.

Tanto el texto de este artículo como la doctrina federal coinciden en que son tres los requisitos que deben coincidir para demostrar una infracción a esta disposición: "(1) deberá existir algún contrato, combinación o conspiración entre dos o más entidades separadas (2) el cual restringe irrazonablemente los negocios o el comercio (3) en Puerto Rico o en cualquier sector de éste." Pressure Vessels P.R. v. Empire Gas P.R., 137 DPR 497, 509 (1994). Es importante destacar que tradicionalmente se ha definido la monopolización ilegal como la posesión de poder monopolístico, o sea, el poder para controlar precios o excluir la competencia, acompañado de un elemento de deliberación, es decir, una intención general o propósito de adquirir, usar y mantener o preservar este poder. *Íd*, en la pág. 512.

El presente caso no envuelve un contrato o alguna actividad concertada por unos proveedores de salud para controlar las tarifas mediante las cuales se les compensa por sus servicios. Basta con examinar el expediente del caso para concluir que se trata de un cambio unilateral de tarifas, regulado por el capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico. Lo que ocurre no es una negociación de precios, sino la exigencia de que Humana cumpla con la ley y pague las tarifas en virtud de los contratos que otorgó con los Laboratorios. Evidentemente las actuaciones de la Asociación y sus Laboratorios miembros no comprenden algún tipo de práctica monopolística de las que tanto la doctrina estatal y federal aplicable procuran desalentar. La OCS no avaló restricción de tarifas o negociación desleal de precios alguna, sino que le exigió a Humana que cumpla con la ley de pago puntual y con las obligaciones contractuales que asumió con los Laboratorios para fines del plan de la Reforma.

De un análisis del expediente ante la normativa aplicable no encontramos razones por las cuales debamos interferir con el criterio de la agencia. Al concluir de esta forma, reconocemos el principio de dar deferencia al *expertise* de la OCS para interpretar las disposiciones del Código de Seguros, la Ley de Pago Puntual y los reglamentos promulgados. No se cometieron los errores señalados.

-IV-

En mérito de lo expuesto, **CONFIRMAMOS** la resolución recurrida.

El Juez Steidel Figueroa concurre con el resultado sin voto escrito.

Notifíquese.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal.

LIC. DIMARIE ALICEA LOZADA
Secretaria del Tribunal de Apelaciones