

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

DR. JOSÉ G. O'NEILL RIVERA		Apelación procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan
Demandantes - Apelante	KLAN201701391	
v.		Civil núm.: KCD2017-0917 (906)
MOLINA HEALTHCARE OF PUERTO RICO, INC.		Sobre: Cobro de Dinero
Demandados - Apelado		

Panel integrado por su presidente, el Juez Sánchez Ramos, la Jueza Soroeta Kodesh y la Jueza Romero García.

Sánchez Ramos, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 27 de febrero de 2018.

Mediante la demanda que nos ocupa, un médico demandó, en cobro de dinero, a una aseguradora. El Tribunal de Primera Instancia (“TPI”) desestimó la demanda; razonó que el médico estaba obligado a valerse de un mecanismo de querrela ante la aseguradora, seguido de un trámite administrativo en ASES. Según se explica en detalle a continuación, concluimos que erró el TPI al así actuar, pues únicamente proveedores que son parte de la red de la aseguradora están obligados a utilizar el referido mecanismo.

I.

El 9 de junio de 2017, el doctor José G. O’Neill Rivera (el “Apelante”, “Médico” o el “Dr. O’Neill”) instó la acción de referencia (la “Demanda”) contra Molina Healthcare of Puerto Rico, Inc. (la “Aseguradora”). El Médico alegó que, para finales del año 2015, proveyó unos servicios médico-quirúrgicos a pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y que estos no fueron

pagados en su totalidad. En específico, reclamó a la Aseguradora la cantidad de \$30,252.25.

El 3 de agosto de 2017, la Aseguradora presentó una *Moción de desestimación* en la que alegó que es la Administración de Seguros de Salud (“ASES”) quien ostenta la jurisdicción primaria para atender la presente controversia. La Aseguradora planteó que el TPI carecía de jurisdicción sobre la materia y, por tanto, debía desestimar la Demanda. Sostuvo su argumento sobre la base de ciertas disposiciones de la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, 24 LPR sec. 7001, *et seq.* (la “Ley de ASES”) y del Reglamento General Núm. 5253 de 12 de junio de 1995 (el “Reglamento”).

El Médico se opuso a la *Moción de desestimación* y, en esencia, sostuvo que era un proveedor no participante (es decir, que no tenía contrato con la Aseguradora o con ASES), por lo que no estaba obligado a cumplir con el procedimiento administrativo de querellas dispuesto en la Ley de ASES y el Reglamento. Posteriormente, la Aseguradora replicó y el Médico presentó una dúplica.

Las partes también argumentaron sus posturas en una vista. La Aseguradora insistió en que el TPI carecía de jurisdicción sobre la materia porque el procedimiento de querella aplica tanto a los proveedores participantes como a los no participantes. Por su parte, el Médico sostuvo que el referido procedimiento aplica únicamente a los proveedores participantes.

El TPI notificó una Sentencia (la “Sentencia”) el 30 de agosto de 2017, mediante la cual desestimó la Demanda. En síntesis, el TPI acogió la teoría de la Aseguradora; razonó que el Reglamento, a los fines aquí pertinentes, no distingue entre proveedores participantes y proveedores no participantes.

El Médico solicitó la reconsideración de la Sentencia, mediante escrito presentado el 5 de septiembre de 2017; ello fue denegado por el TPI mediante una Resolución notificada el 14 de septiembre.

Inconforme, el 1 de diciembre de 2017¹, el Médico presentó el recurso de epígrafe, mediante el cual reproduce sus argumentos ante el TPI. La Aseguradora presentó su alegato en oposición. Resolvemos.

II.

La doctrina de agotamiento de remedios administrativos es una norma de abstención judicial, que persigue que aquéllas reclamaciones que se hayan presentado ante un foro administrativo lleguen al foro judicial en el momento apropiado. *Igartúa de la Rosa v. A.D.T.*, 147 DPR 318, 331 (1998). Es decir, el propósito de esta norma es que el foro judicial se abstenga de entrar a dilucidar una controversia, previamente sometida ante la consideración de una agencia, “hasta que concluyan los trámites administrativos.” *Acevedo v. Mun. de Aguadilla*, 153 DPR 788, 802 (2001); *Guadalupe v. Saldaña, Pres. U.P.R.*, 133 DPR 42 (1993). Lo ideal es que la agencia “tenga ante sí todos los elementos del caso, y las determinaciones de ésta reflejen su decisión final para poder ser considerada por los tribunales.” *Asoc. Pesc. Pta. Figueras v. Pto. del Rey*, 155 DPR 906, 916 (2001). Así pues, es necesario que la parte contra la cual se invoca la doctrina, en efecto, haya participado de los procedimientos ante la agencia. *Íd.* a la pág. 918.

En contraste, la doctrina de jurisdicción primaria “tiene el propósito de determinar dónde debe instarse **inicialmente** una reclamación, cuando tanto una agencia administrativa como el foro

¹ El recurso se presentó oportunamente (1 de diciembre de 2017), dado que el término usual para apelar fue modificado a raíz del paso del huracán María. Véase, *In re: Extensión de Términos ante el paso del Huracán María*, EM-2017-08 (16 de octubre de 2017).

judicial poseen jurisdicción concurrente sobre dicha reclamación”. *Mun. de Caguas v. AT & T*, 154 DPR 401, 410 (2001) (énfasis nuestro); *Aguilú Delgado v. P.R. Parking System*, 122 DPR 261 (1988); *Vélez Ramírez v. Romero Barceló*, 112 DPR 716, 722 (1982).

Por otra parte, si el texto de una ley no es claro, la misma debe interpretarse de conformidad con su estructura, la intención legislativa y la política pública que la inspira. *Caribe Comms., Inc. v. P.R.T. Co.*, 157 DPR 203, 211 (2002) (citas omitidas). Al así actuar, la ley debe interpretarse analizando en conjunto todas sus secciones; esto, con el propósito de evitar “resultados desatinados, confusos o absurdos”. *Íd.*; véase, además, *Puerto Rico Telephone Co. v. Junta Reglamentadora de Telecomunicaciones de Puerto Rico*, 151 DPR 269 (2000).

III.

De conformidad con la Ley de ASES, la política pública de dicha entidad es “[gestionar], [negociar] y [contratar] con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad”. 24 LPRA sec. 7001. En lo aquí pertinente, la Ley de ASES define a un “proveedor participante” como: “[a]quel proveedor de servicios de salud **contratado por los aseguradores o por la [ASES]** para ofrecer servicios de salud a la población representada por la [ASES]”. 24 LPRA sec. 7002 (dd). (énfasis nuestro). La Ley de ASES no define a un proveedor no participante.

En lo que respecta al procedimiento de querellas, la Ley de ASES (24 LPRA sec. 7036) indica lo siguiente (énfasis nuestro):

La [ASES] requerirá de los aseguradores, proveedores, y las organizaciones de servicios de salud con los cuales contrate procedimientos **para atender y resolver querellas de proveedores participantes** y beneficiarios.

La [ASES] establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones tomadas sobre las querellas serán apelables ante la [ASES], según se disponga por reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la [ASES] serán revisables por el Tribunal de Apelaciones.

Por su parte, el Artículo XVII del Reglamento (“Artículo XVII del Reglamento”) provee lo siguiente, en cuanto al procedimiento de querellas (énfasis suplido):

1. Los aseguradores que contraten planes de seguros de salud con la [ASES] serán responsables de establecer procedimientos adecuados **que garanticen a los beneficiarios y proveedores la radicación, recibo y pronta adjudicación de todas las querellas y reclamaciones que se originen.** Igualmente será obligación de dichos aseguradores el instituir los mecanismos adecuados de forma tal que se investigue responsable y completamente todas las querellas y reclamaciones radicadas, así como, recibir toda la prueba sometida por los querellantes, sin rechazar prueba alguna por creer que no es suficiente o adecuada a la querella o reclamación instada.

2. El procedimiento de querellas de los aseguradores contendrá garantías del debido procedimiento de ley, de forma tal, que se permita ventilar a cabalidad los distintos aspectos que se relaciona con la querella o reclamación. Es responsabilidad por igual de los querellantes el someter prueba suficiente y adecuada para establecer su reclamación. Sin embargo, los querellantes no serán responsables de obtener información o documentos relacionados a exámenes o tratamiento médico-hospitalario que haya sido autorizado dentro de los beneficios provistos por el plan de seguros de salud obtención por el asegurador contratado. **Será responsabilidad de los proveedores contratados solicitar tal información y producir tales documentos y hacerlo formar parte del expediente de querella** no pudiendo negarse ninguna reclamación por el único hecho de no haberse sometido tal prueba.

3. **Conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, la disposición final que tomen los aseguradores contratados sobre las querellas y reclamaciones estará sujeta a ser apelada ante la [ASES]** dentro del término de treinta (30) días a partir de la fecha en que se notifique por correo certificado con acuse de recibo la decisión final emitida por los aseguradores

contratados. La apelación ante la [ASES] deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre y dirección de la parte querellante
- b) Nombre y dirección de la parte querellada.
- c) Nombre del beneficiario o del proveedor
- d) Organización de Cuidado de Salud seleccionada o proveedor donde recibió el servicio objeto de la querella o lugar donde presta los servicios el proveedor.
- e) Breve relación de la querella o reclamación.
- f) Copia de la decisión final emitida por el asegurador contratado.

[...]

El Artículo III del Reglamento, al definir diversos conceptos, distingue entre proveedores participantes y no participantes, al disponer lo siguiente:

35. Proveedor participante: [t]odos los proveedores de servicios de cuidado de salud **contratados por los aseguradores** para proveer servicios de cuidado de salud a los beneficiarios representados por la [ASES].

36. Proveedor no-participante: [t]odos los proveedores con quien el asegurador **no tiene vigente un contrato** para proveer servicios a los beneficiarios.

37. Proveedor: persona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud.

IV.

De entrada, resaltamos que no existe controversia sobre el hecho de que, a la fecha en que el Médico brindó los servicios por los cuales se reclama en la Demanda, este era un proveedor **no participante**; es decir, no existía un contrato entre el Médico y la Aseguradora.

Concluimos, en atención a ello, que a la reclamación de la Demanda no le aplica el procedimiento de querella contemplado en la Ley de ASES. El texto de la Ley de ASES es claro, al contemplar dicho procedimiento únicamente para los proveedores “participantes”. 24 LPRa sec. 7036². En otras palabras, el

² En lo pertinente, se dispone que (énfasis suplido):

La [ASES] requerirá de los aseguradores, proveedores, y las organizaciones de servicios de salud con los cuales contrate procedimientos para atender y resolver **querellas de proveedores participantes** y beneficiarios.

procedimiento de querellas contemplado por la Ley de ASES está intrínsecamente atado a la existencia de las correspondientes relaciones contractuales entre ASES, las aseguradoras y los proveedores. Es por ello que, cuando la Ley de ASES hace referencia al derecho del proveedor a impugnar ante ASES el resultado de la querella, se hace referencia también a que se trata de proveedores participantes (es decir, aquellos que tienen contrato con la aseguradora). Véase 24 LPRA sec. 7036d.³

Más aún, la Ley de ASES, en general, a lo que se dirige es a reglamentar a proveedores participantes. Por ejemplo, dicha ley define *Proveedores de servicios de salud* como “médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios y organizaciones de servicios de salud.” 24 LPRA sec. 7002 (cc). Cada uno de esos conceptos se define con referencia a proveedores participantes. Así pues, el *Médico primario* está definido como un “[p]rofesional **proveedor participante** que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. [...]”. 24 LPRA sec. 7002 (v) (énfasis nuestro). Asimismo, el *Médico de apoyo* se define como aquel “[p]rofesional **proveedor participante** que provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios.” 24 LPRA sec. 7002 (u) (énfasis nuestro). Los *Servicios primarios* son las “salas de emergencia de los **proveedores participantes.**” 24 LPRA sec. 7002 (hh) (énfasis nuestro). Los *Proveedores primarios* consisten de “**proveedores participantes** que sean laboratorios clínicos, facilidades de radiología, farmacias y hospitales, sin incluir salas de emergencia.” 24 LPRA sec 7002 (ee) (énfasis nuestro). Por último, las *[o]rganizaciones de servicios de salud* son “grupos médico

³ Esta sección dispone, en su totalidad, lo siguiente (énfasis suplido):

Bajo este plan, los proveedores tienen derecho a:

- (1) Que le sean pagadas las reclamaciones a tenor con los términos dispuestos **en su contrato con el asegurador.**
- (2) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la [ASES].

primarios, grupos médico de apoyo, y grupos de proveedores primarios **que cumplan con los requerimientos de contratación** establecidos por la [ASES] [...].” 24 LPRA sec. 7002 (w) (énfasis nuestro).

Por tanto, la Ley de ASES va dirigida, esencialmente, a reglamentar a **proveedores participantes**. De hecho, dicha ley no hace referencia alguna a proveedores que no tengan una relación contractual con las aseguradoras o con la ASES.

Es con referencia a este trasfondo estatutario, que debemos interpretar lo dispuesto en el Reglamento. Es decir, dado que el lenguaje pertinente de la Ley de ASES únicamente contempla a los proveedores participantes, para concluir que una disposición reglamentaria, adoptada al amparo de dicha ley, alcanza a los proveedores no participantes, la misma debe, cuando menos, expresarlo claramente.

En vez, el lenguaje reglamentario aquí apunta en la otra dirección: hacia la exclusión de los proveedores no participantes del proceso de querellas ante las aseguradoras. A lo sumo, se trataría de un lenguaje ambiguo, el cual nos impediría adoptar una interpretación que iría más allá de lo contemplado por la Ley de ASES. Veamos.

Aunque el Artículo XVII del Reglamento, en algunas de sus porciones, hace referencia al término “proveedores”, sin especificar si son participantes o no participantes, en una instancia sí se aclara que se trata, en realidad, de los proveedores participantes. Ello al disponerse, en el inciso (2) de dicho artículo, que el proceso aplica a “proveedores **contratados**” (énfasis suplido). Adviértase que no tendría sentido interpretar que el Artículo XVII del Reglamento aplica a todo tipo de proveedor, excepto en cuanto al inciso (2) se refiere, el cual únicamente aplicaría a proveedores participantes. La interpretación más lógica es que el proceso de querellas, sobre el

cual dispone el Artículo XVII del Reglamento en su totalidad, aplica únicamente a proveedores participantes y que la ausencia de especificación al respecto en las otras instancias en que se hace referencia al término “proveedor” no implica lo contrario.

Además, si el Reglamento pretendía obligar a proveedores no participantes a someterse a un proceso de querellas ante las aseguradoras, debía, como mínimo, disponerlo así de forma específica, sin margen para dudas al respecto. Ello ante el hecho de que la Ley de ASES, bajo cuya autoridad se adoptó dicho reglamento, no contempla la reglamentación de los proveedores no participantes.

De conformidad con todo lo anterior, erró el TPI al concluir que el Médico, como proveedor no participante, tenía disponible, o estuviese obligado a recurrir a, el procedimiento de querellas de la Aseguradora. Así pues, al no haber trámite administrativo que el Médico tuviese que iniciar (mucho menos agotar), este podía acudir directamente al TPI, como lo hizo a través de la Demanda. Véase, por ejemplo, *Mun. de Caguas*, 154 DPR a la pág. 409.

V.

Por los fundamentos que anteceden, *revocamos* la sentencia apelada y devolvemos el caso al Tribunal de Primera Instancia para trámites posteriores compatibles con lo aquí resuelto.

Lo acuerda y manda el Tribunal, y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones