

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL V

ER SPECIALIZED CARE,
LLC

Apelante

v.

MMM MULTI HEALTH,
LLC; MMM HEALTH
CARE, LLC; MMM
HOLDING, LLC; MSO
OF PR, LLC

Apelada

KLAN202200465

Apelación
Procedente del Tribunal
de Primera Instancia,
Sala de SAN JUAN

Caso Núm.:
SJ2019CV08568

Sobre:
Sentencia Declaratoria

Panel integrado por su presidente el Juez Hernández Sánchez, el Juez Bonilla Ortiz y la Jueza Mateu Meléndez.

Mateu Meléndez, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 1 de septiembre de 2022.

El 15 de junio de este año, ER Specialized Care, LLC (ER Specialized o la apelante) compareció ante este Tribunal de Apelaciones mediante recurso de *Apelación civil* en la que nos solicitó la revocación de la *Sentencia* que emitió el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan (TPI o tribunal apelado) con fecha del 14 de marzo de 2022, notificada al día siguiente. Por virtud del aludido dictamen, el tribunal apelado, denegó la petición de sentencia sumaria que instara la apelante y desestimó la causa de acción que instó contra MMM Multi Health, LLC; MMM Healthcare, LLC., MSO of Puerto Rico, LLC y MMM Holdings, LLC. (conjuntamente la parte apelada).

El 29 de marzo del año en curso, ER Specialized sometió oportunamente una *Moción solicitando reconsideración de Sentencia y/o solicitando determinaciones de hecho y derecho adicionales*. La misma fue declarada No Ha Lugar mediante *Resolución* del 16 de mayo de 2022.

I

El 22 de agosto de 2019, la apelante instó una demanda sobre sentencia declaratoria contra la parte apelada. En esta, reclamó el pago de las facturas emitidas a la parte apelada por servicios brindados y el que ha sido denegado por las compañías demandadas bajo el argumento que ER Specialized no es un proveedor contratado y que esta no siguió reglas internas de facturación de la aseguradora.

El 18 de noviembre de 2019, la parte apelada sometió una *Moción de desestimación por falta de jurisdicción* en la que adujo que la apelante no agotó ciertos remedios administrativos que venía obligado a cumplir para la resolución de las disputas y controversias entre las partes de epígrafe. Así pues, reclamó la falta de jurisdicción del tribunal para atender el caso. El 5 de diciembre de 2019 la apelante se opuso a esta solicitud.

El 9 de diciembre de 2019, el TPI señaló una vista argumentativa para el 21 de enero de 2020 sobre la petición de desestimación. Celebrada la audiencia, y escuchadas las argumentaciones de las partes, el tribunal apelado concedió un término a la parte apelada para someter por escrito su réplica y oportunidad a la parte apelante para expresarse al respecto. Debido a que la parte apelada no compareció dentro del tiempo que le fue concedido, el 18 de febrero de 2020 el TPI dio por sometido el asunto. No obstante, luego de someterse reconsideración al respecto, el tribunal apelado aceptó un Memorando de Derecho sometido por la parte apelada, así como la réplica sometida por la apelante.¹

El 22 de julio de 2020, notificada al día siguiente, el TPI emitió una *Resolución y Orden* mediante la que declaró No Ha Lugar la desestimación solicitada y ordenó a la parte apelada a contestar la demanda. En cumplimiento con ello, el 21 de agosto de 2020 la parte apelada así lo hizo.

¹ Véase, *Orden* emitida el 10 de marzo de 2020. [Entrada Núm. 31] obtenida del Sistema Unificado de Manejo y Administración de Casos (SUMAC).

Posteriormente, el 20 de julio de 2021, la parte apelante sometió una *Moción en Solicitud de Sentencia Sumaria Parcial*. En esta, propuso que no existía controversia sobre cincuenta y cinco (55) hechos. En virtud de ellos, y la documentación sometida o referida en apoyo, la apelante argumentó que no tenía obligación de cumplir con las reglas internas de las entidades demandadas cuando se trata de servicios de sala de emergencia. Igualmente, afirmó que no existía requisito estatutario ni regulatorio o política oficial alguna que exija como condición de pago el que se someta documentación adicional a la factura por el servicio ofrecido en sala de emergencia. Por ello, adujo que, aun si existiera un contrato entre las partes, la parte apelada no podía ignorar las prohibiciones de la Ley y denegar el pago del servicio ofrecido en las salas de emergencia.

La parte apelada, por su parte, sometió el 2 de agosto de 2021 una *Solicitud de sentencia sumaria*. En esta, alegó que no existía controversia sobre cuarenta y nueve (49) hechos. Igualmente, señaló que la sentencia declaratoria instada por ER Specialized es improcedente y solo un subterfugio para reclamar y obtener un cobro de dinero, por lo que no era el vehículo apropiado para dilucidar la controversia. Ante ello, reclamó que debía desestimarse la demanda y que esta fuera clasificada como una acción en cobro de dinero.

Habiéndose sometido oposición por las partes a las respectivas mociones dispositivas, el TPI dictó la *Sentencia* apelada. En esta, determinó que la desestimación sumaria solicitada por la apelada era improcedente por no haberse demostrado de forma efectiva la inexistencia de controversias de hechos en cuanto a los pagos que efectuó para los servicios brindados por ER Specialized. Resuelto lo anterior, el TPI resolvió que no existía disposición legal o reglamentaria que limite la facultad de la parte apelada para requerir documentación adicional para efectuar pagos. Por ello, encontró que la parte apelada no actuó contrario a la ley y, en

consecuencia, declaró sin lugar la *Demanda* sobre sentencia declaratoria instada por la apelante.

En desacuerdo, ER Specialized solicitó reconsideración y determinación de hechos adicionales; petición que fue denegada mediante *Resolución* del 16 de mayo de este año. Inconforme aun, la apelante instó el recurso de epígrafe en el que argumentó que el TPI se equivocó al:

[...] concluir que nada impide que las codemandadas soliciten como condición para pago, anejar documentación adicional junto a una factura de servicios médicos de un proveedor no contratado.

[...] no considerar la Regla 73 de la OCS.

[...] al determinar que la Ley Núm. 5-2014 no establece una prohibición de denegación.

[...] al ignorar las garantías de pago para los servicios de emergencia establecidas en las fuentes de derecho citadas.

[...] al no adoptar las determinaciones de hecho y derecho adicionales.

En esa misma fecha, ER Specialized sometió una *Moción solicitando permiso para radicar apéndice de manera separada*. Atendido el recurso y la moción presentada, el 21 de junio de este año emitimos *Resolución* en la que autorizamos la presentación del apéndice de forma separada. Igualmente, señalamos que la parte apelada debería comparecer ante este Tribunal dentro del término dispuesto por nuestro reglamento para ello.

El 29 de agosto de este año, la parte apelada sometió su *Alegato en oposición a la Apelación*. En este, señala que los planteamientos de la apelante buscan aprovecharse de la política pública que promueve que se atiendan las emergencias médicas, para argumentar que deben emitirse los pagos meramente con la presentación de una factura. En síntesis, al defender la decisión del TPI, señala que la ERSC falla en discutir cómo las disposiciones legales le impiden solicitar documentos que acrediten el servicio y la intensidad de este. Así, argumenta que, aunque es correcto que el *Patient*

*Protection and Affordable Act*² y otras disposiciones legales, establecen que los servicios de emergencias se brindarán independientemente de que el proveedor sea o no participante del plan de salud, la realidad es que no hay una disposición legal que tales servicios se paguen así sin más. Por consiguiente, es correcta la determinación del TPI en cuanto a que estas no limitan los documentos que una aseguradora podrá solicitar para realizar el pago. De igual forma, asevera que tratándose de una sentencia desestimatoria, el mecanismo de la Regla 43.3 no está disponible, por lo que no se equivocó el foro primario al no emitir determinaciones de hechos adicionales.

Con el beneficio de la comparecencia de las partes, damos por sometido el asunto y procedemos a resolver.

II

El mecanismo procesal de la sentencia sumaria dispuesto en la Regla 36 de Procedimiento Civil, 32 LPRA, Ap. V., R. 36, tiene el propósito primordial de proveer una solución justa, rápida y económica en los litigios de naturaleza civil en los que no existe una controversia genuina en torno a los hechos materiales que componen la causa de acción contemplada. Roldán Flores v. M. Cuebas et al., 199 DPR 664, 676 (2018) citando a Rodríguez Méndez v. Laser Eye, 195 DPR 769, 785 (2016) y Oriental Bank v. Perapi et al., 192 DPR 7, 25 (2014). Así pues, conforme la discutida regla, procede dictar sentencia sumaria si de las alegaciones, deposiciones y admisiones ofrecidas, más las declaraciones juradas y cualquier otra evidencia presentada se acredita la inexistencia de una controversia real y sustancial sobre algún hecho esencial y material. Deberá, también, justificarse por el derecho aplicable. Id., citando a Lugo Montalvo v. Sol Meliá Vacation, 194 DPR 209, 225 (2015) y otros. De ser así, podrá

² 42 USC 300gg-19^a.

disponerse de la celebración del juicio, ya que lo único que resta por hacer es aplicar el derecho a los hechos no controvertidos. Id.

La Regla 36 de Procedimiento Civil, *supra*, permite que quien solicite un remedio presente una moción fundada en declaraciones juradas o aquella evidencia que demuestre la inexistencia de una controversia sustancial de hechos esenciales y pertinentes para que el tribunal dicte sentencia sumariamente a su favor.³ Esta solicitud puede ser sobre la totalidad de las controversias o sobre cualquier parte de la reclamación solicitada. Regla 36.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 36.1. La moción bajo esta regla, será notificada a la parte contraria y contendrá: una exposición breve de las alegaciones de las partes; los asuntos litigiosos o en controversia; la causa de acción, reclamación o parte respecto a la cual es solicitada la sentencia sumaria; una relación concisa, organizada y en párrafos enumerados de todos los hechos esenciales y pertinentes sobre los cuales no hay controversia sustancial, estableciendo la página o páginas de la declaración jurada u otra prueba admisible en evidencia que apoye tal hecho. Además, deberá exponer las razones por las cuales debe ser dictada la sentencia, argumentar el derecho aplicable y contener el remedio que debe ser concedido.⁴

La parte que se oponga a la moción de sentencia sumaria, deberá así hacerlo dentro del término de veinte (20) días desde su notificación. De igual forma, deberá hacer referencia a los párrafos enumerados por la parte promovente que entiende están en controversia y para cada uno, detallar la evidencia admisible que sostiene su impugnación. SLG Zapata-Rivera v. J.F. Montalvo, 189 DPR 414, 432 (2013). Las meras afirmaciones no bastan. Rodríguez Méndez v. Laser Eye, *supra*. Quien se oponga a una moción de sentencia sumaria debe controvertir la prueba presentada con evidencia

³ Igual solicitud podrá presentar la parte contra quien se ha formulado una reclamación. Regla 36.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA, Ap. V, R. 36.2.

⁴ Regla 36.3 de Procedimiento Civil, 32 LPRA, Ap. V, R. 36.3.

sustancial y no puede simplemente descansar en sus alegaciones. Ramos Pérez v. Univisión, 178 DPR 200, 215-216 (2010). Tampoco puede traer en su oposición, de manera colateral, defensas o reclamaciones adicionales que no consten en el expediente judicial del tribunal al momento en que se sometió la moción dispositiva en cuestión. León Torres v. Rivera Lebrón, 204 DPR 20 (2020). Es por lo que, si los hechos propuestos conforme la Regla 36.3 no son controvertidos, de proceder, podrán considerarse como admitidos tales hechos y se dictará sentencia. Roldán Flores v. M. Cuebas et al., *supra*, pág. 677. Sin embargo, el no presentarse oposición a una moción de sentencia sumaria no impide que el tribunal falle en contra del promovente de esta. Ya que esta “puede dictarse a favor o en contra del promovente, según proceda en derecho.”. Audiovisual Lang. v. Sist. Est. Natal Hnos., 144 DPR 563, 575 (1997).

En el ejercicio evaluativo de los documentos sometidos en apoyo a una petición de sentencia sumaria, o la oposición que se instara de esta, es importante recordar que en un procedimiento de sentencia sumaria aquellas declaraciones juradas que sólo contienen conclusiones, sin hechos específicos que las apoyen, no tienen valor probatorio. Por lo tanto, son insuficientes para demostrar la existencia de lo que allí se concluye. Ramos Pérez v. Univisión, *supra*, pág. 225. Así pues, una declaración jurada que por su naturaleza es self serving o hecha para ser usada solamente cuando y si conviene a los intereses de los declarantes, es inadmisibles en evidencia. Galanes v. Galanes, 54 DPR 885 (1939).

Además de lo antes consignado, al evaluar los méritos de una solicitud de sentencia sumaria, el juzgador debe actuar guiado por la prudencia y ser consciente en todo momento que su determinación puede conllevar el que se prive a una de las partes de su “día en corte”, componente integral del debido proceso de ley. León Torres v. Rivera Lebrón, *supra*, citando a Mun. de Añasco v. ASES et al., 188 DPR 307 (2013).

Así pues, la Regla 36.4 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, establece que si en virtud de una moción bajo sus disposiciones no se dicta sentencia sobre la totalidad del pleito, no se concede todo el remedio solicitado o se deniega la misma, y es necesario celebrar juicio, será obligatorio que el tribunal resuelva la moción mediante una determinación de los hechos esenciales y pertinentes sobre los cuales no hay controversia sustancial y aquellos que están realmente y buena fe controvertidos. Meléndez González et al. v. M. Cuebas, 193 DPR 100, 112-113 (2015).

En Meléndez González et al. v. M. Cuebas, *supra*, el Tribunal Supremo de Puerto Rico estableció el estándar de revisión judicial de las determinaciones del Tribunal de Primera Instancia en cuanto a la Regla 36 de Procedimiento Civil, *supra*. Allí, primeramente, reafirmó lo consignado en Vera v. Dr. Bravo, 161 DPR 308 (2004), en cuanto a que como tribunal apelativo nos encontramos en la misma posición que el foro primario al momento de revisar una Solicitud de Sentencia Sumaria. Por ello, debemos regirnos por la Regla 36 de Procedimiento Civil y aplicar los criterios de esta. No obstante, no podemos tomar en consideración evidencia que las partes no presentaron ante el TPI. Tampoco podemos adjudicar los hechos materiales en controversia, por ser una tarea que le compete al foro de instancia luego de celebrarse un juicio. Meléndez González et al. v. M. Cuebas, *supra*, pág. 118.

Así pues, al estar en la misma posición que el foro de instancia, debemos cerciorarnos de que tanto la moción de sentencia sumaria como su oposición cumplan con los requisitos de forma de la Regla 36 de Procedimiento Civil, *supra*. En el caso de revisión de una Sentencia dictada sumariamente, debemos examinar si en realidad existen hechos materiales en controversia. De haberlos, en cumplimiento con la Regla 36.4 de Procedimiento Civil, *supra*, tenemos que exponer concretamente cuáles son los hechos materiales sobre los que encontramos existe controversia y

cuáles están incontrovertidos. En caso de encontrar que los hechos materiales están incontrovertidos, procederemos pues a revisar de *novus* si el foro apelado aplicó correctamente el Derecho a la controversia. *Id.*, pág. 119.

-B-

La sentencia declaratoria es un “mecanismo remedial y profiláctico que permite anticipar la dilucidación de los méritos de cualquier reclamación ante los tribunales, siempre y cuando exista un peligro potencial contra quien la solicita”. Beltrán Cintrón et al. v. ELA et al., 204 DPR 89 (2020), citando a Senado de PR v. ELA, 203 DPR 62 (2019). Este recurso, cuyo propósito es disipar una incertidumbre jurídica y contribuir a la paz social, puede ser dictado en procesos en los cuales “los hechos alegados demuestran que existe una controversia sustancial entre partes que tienen intereses legales adversos, sin que medie lesión previa de los mismos”. *Íd.*, citando a R. Hernández Colón, *Práctica Jurídica de Puerto Rico: Derecho Procesal Civil*, 5ta ed., San Juan, Ed. Lexis Nexis, 2010, pág. 560. Este, está disponible aun cuando existan otros remedios. Véase, Regla 59.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 59.1. La sentencia declaratoria se dicta en procesos en los que los hechos demuestran que existen controversias sustanciales entre partes que tienen intereses opuestos. Suárez v. C.E.E. I, 163 DPR 347, 354 (2004).

La Regla 59.1 de Procedimiento Civil, *supra*, dispone que los tribunales de instancia tendrán autoridad para declarar derechos, estados y otras relaciones jurídicas, aunque se inste o pueda instarse otro remedio. Dicha regla, claramente establece que no se estimará como motivo suficiente para atacar un procedimiento o una acción el que se solicite una resolución o sentencia declaratoria. El segundo inciso de la discutida regla establece quiénes pueden solicitar el mecanismo de sentencia declaratoria,

la facultad de interpretación y el ejercicio de las facultades. Así pues, esta lee:

- (a) Toda persona interesada en una escritura, un testamento, un contrato escrito u otros documentos constitutivos de contrato, o cuyos derechos, estado u otras relaciones jurídicas fuesen afectados por **un estatuto, una ordenanza municipal, un contrato o una franquicia**, podrá solicitar una decisión sobre cualquier divergencia en la interpretación o validez de dichos estatutos, ordenanzas, contrato o franquicia, y además que se dicte una declaración de los derechos, estados u otras relaciones jurídicas que de aquéllos se deriven. Un contrato podrá ser interpretado antes o después de haber sido infringido.
- (b) Las personas albaceas, administradoras judiciales, fideicomitentes, fideicomisarias, fiduciarias, tutoras, acreedoras, legatarias, herederas o causahabientes que actúen en esas capacidades o en representación de otras personas interesadas, podrán pedir y obtener una declaración de derechos o de relaciones jurídicas en todos los casos en que se administren fideicomisos, fundaciones, bienes de personas difuntas, personas menores incapacitadas o insolventes:
 - (1) para determinar sobre clases de personas acreedoras, legatarias, herederas, causahabientes u otros;
 - (2) para ordenar a las personas albaceas, administradoras o fideicomisarias que ejecuten o se abstengan de ejecutar cualquier acto determinado en su capacidad fiduciaria, o
 - (3) para determinar sobre cualquier cuestión que surja en la administración de los bienes o del fideicomiso, incluso las de interpretación de testamentos y otros documentos.
- (c) La enumeración hecha en los incisos (a) y (b) de esta regla, no limita ni restringe el ejercicio de las facultades generales conferidas en la Regla 59.1 dentro de cualquier procedimiento en que se solicite un remedio declaratorio, siempre que una sentencia o decreto haya de poner fin a la controversia o despejar una incertidumbre.

En cuanto a los contratos, nuestras Reglas de Procedimiento Civil aclaran que estos pueden ser interpretados antes o después de haber sido infringidos. No obstante, ello debe enmarcarse en los contornos de la doctrina de justiciabilidad. Por ello, la procedencia del recurso de sentencia declaratoria se limita a casos que planteen una controversia “real, de índole práctica y no académica o teórica, y determinante del asunto en discusión”.

Díaz Díaz v. Asoc. Res. Quintas San Luis, 196 DPR 573 (2016).

El objetivo de la discutida regla es proveer al ciudadano un mecanismo procesal de carácter remedial mediante el cual se dilucide ante los tribunales los méritos de cualquier reclamación que en forma latente entrañe un peligro potencial en su contra. Suárez v. C.E.E. I, *supra*, citando a Charana v. Pueblo, 109 DPR 641, 653 (1980). Igualmente, ha sido resuelto que el mecanismo de sentencia declaratoria es el adecuado para adjudicar controversias de índole constitucional, Asoc. de Periodistas v. González, 127 DPR 704 (1991) y, conforme a la doctrina prevaleciente, debe utilizarse cuando permite finalizar situaciones de incertidumbre o inseguridad en cuanto a derechos. *Id.*

-C-

El proceso mediante el cual se interpretan las leyes, o la hermenéutica legal, tiene como propósito precisar qué es lo que ha querido decir el legislador. Pueblo v. Roche, 195 DPR 791 (2016) al citar a Elfren Bernier y Cuevas Segarra, *op. cit.*, pág. 241. Nuestro ordenamiento jurídico, consigna determinadas normas de hermenéutica legal las que, en mayor o menor grado, se imponen como principios rectores del ejercicio de la función adjudicativa de los tribunales. Const. José Carro v. Mun. Dorado, 186 DPR 113 (2012). Así pues, el Art. 14 del Código Civil de 1930, 31 LPRA Sec. 14, dispone que “[c]uando una ley es clara y libre de toda ambigüedad, la letra de ella no debe ser menospreciada bajo el pretexto de cumplir su espíritu”.

Sabido es que para poder resolver las controversias y adjudicar los derechos de las partes en un pleito, los tribunales tenemos la ineludible labor de interpretar los estatutos aplicables a la situación de hechos que nos atañe. Const. José Carro v. Mun. Dorado, *supra*, pág. 126. Por ello, debemos auscultar, averiguar, precisar y determinar cuál fue la voluntad legislativa al aprobar la ley. *Id.* Así pues, “[a]l interpretar una disposición específica de una ley, los tribunales deben siempre considerar cuáles fueron los

propósitos perseguidos por la Asamblea Legislativa al aprobarla y nuestra determinación debe atribuirle un sentido que asegure el resultado que originalmente se quiso obtener.” Consejo Titulares v. Gómez Estremera et al., 184 DPR 407 (2012). Cualquier interpretación de ley que conduzca a una conclusión absurda, ha de ser rechazada, pues al ejercer nuestra función interpretativa, estamos obligados a armonizar, en la medida posible, todas las disposiciones de ley involucradas en aras de obtener un resultado más sensato, lógico y razonable. Mun. San Juan v. Banco Gub. Fomento, 140 DPR 873, 884 (1996).

-D-

La Ley número 77 del 19 de junio de 1957, mejor conocida como el Código de Seguros, 26 LPRA sec. 101, *et seq.*, en su Capítulo 30,⁵ regula el pago de reclamaciones por servicios médicos. Sobre ello, el Artículo 30.030 de dicho código, establece que el proveedor participante, deberá someter las reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haberse prestado los mismos. Igualmente, este artículo establece que el Asegurador o la Organización de Servicios de Salud deberá dentro de los treinta (30) días de recibirse la reclamación, pagar en su totalidad toda las reclamaciones procesables y no procesables.

En cuanto a las reclamaciones procesables para pago, el Artículo 30.040 del Código de Seguros indica que el proveedor participante someterá su reclamación en el formulario de pago uniforme que el Asegurador o la Organización de Servicios de Salud disponga para ello. Tal formulario, indicará la información que debe acompañarse- conforme lo establecido en el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 y en la reglamentación de la Oficina del Comisionado de Seguros. La reclamación sometida, será procesable si cumple, además, con los siguientes requisitos:

- a) corresponde a un servicio de salud prestado por un proveedor a una persona asegurada por cuyo servicio está cubierto por un

⁵ Dicho capítulo se conoce como *Ley para el pago Puntual*.

seguro de salud o plan de cuidado de salud del Asegurador u Organización de Servicios de Salud al cual se dirige la reclamación;

- b) **incluye la información completa y correcta requerida por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud siempre y cuando el Asegurador u Organización de Salud haya notificado al proveedor participante la información requerida;** y
- c) no hay disputa en cuanto a la cantidad reclamada.
- d) constituye una factura limpia o clean claim.⁶

En aquellas situaciones en las que haya reclamaciones que no sean procesables para pago, el asegurador o la organización de servicios de salud notificará a los proveedores participantes sobre tal hecho dentro de los quince (15) días en que recibe la reclamación. Al así hacerlo, indicará las razones por las que la reclamación no es procesable para pago y los documentos o información adicional que debe someterse para que pueda procesarse. 26 LPRA Sec. 3005.

Una vez el proveedor participante recibe la notificación de una reclamación no procesable, este deberá dentro de los diez (10) días luego de recibir tal notificación, responder la misma. De no hacerlo, se entenderá como una admisión de los señalamientos notificados. Una vez el proveedor somete la información o la documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la reclamación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la información o documentación. *Id.*

A los fines de establecer las normas necesarias para asegurar y regular el pago puntual de reclamaciones de proveedores participantes por concepto de servicios de salud prestados a suscriptores de aseguradores u organizaciones de servicios de salud, y conforme le faculta a hacer el Artículo 30.080 del Código de Seguros, 26 LPRA Sec. 3008, la Oficina del Comisionado de Seguros promulgó la Regla 73. La Sección 1 del artículo 4 de la referida Regla establece lo siguiente:

“[e]l Proveedor Participante deberá presentar una Reclamación procesable para pago proveyendo los elementos de información

⁶ 26 LPRA Sec. 3004.

requeridos en los formularios Modelo 1500 y Modelo 1450, según establecidos en los Apéndices I y II de esta Regla, así como los elementos de información necesarios, si fueran aplicables, dispuesto en el Apéndice III de esta Regla. Todo Proveedor Participante deberá presentar, además, aquellos anejos adicionales que hayan sido notificados como necesarios a tener con la Sección 4 de este Artículo.”⁷

El Apéndice I de la Regla 73, *supra*, mencionado en la antes transcrita sección, establece los elementos de información esenciales de información bajo el Modelo 1500 y aquellos elementos opcionales de información aplicables a los proveedores participantes no institucionales. El Apéndice II de la misma regla, a su vez, indica los elementos de información esenciales aplicables a los proveedores participantes institucionales bajo el Modelo 1450.

La segunda sección del citado artículo 4 establece cuáles son los elementos de información esenciales aplicables a los proveedores participantes no institucionales y para los proveedores participantes institucionales. A tales efectos, esta sección dispone:

“[s]alvo que se haya acordado lo contrario mediante contrato y no se contravengan las disposiciones de la ley HIPAA en cuanto a códigos y transacciones universales, los elementos de información descritos en los Apéndices I y II de esta Regla serán necesarios para las Reclamaciones presentadas por Proveedores Participantes no institucionales y por Proveedores Participantes institucionales, respectivamente.

Además de los elementos de información a los que la Sección 1 antes mencionada refiere, los CMS han elaborado una serie de manuales que identifican varios anejos que se requieren por los diversos proveedores participantes para servicios específicos.⁸ La Sección 4 de la Regla 73, *supra*,

⁷ Para efectos de la Regla 73, según su Artículo 3, los siguientes términos significan lo que a continuación se define:

- *Proveedor participante* - todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato con un Asegurador u Organización de Servicios de Salud preste servicios de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud.
- *Reclamación*- un servicio de salud prestado por un Proveedor Participante a un paciente en una misma fecha.

⁸ Véase Sección 4- Anejos de la Regla 73 de la Oficina del Comisionado de Seguros.

de la Oficina del Comisionado de Seguros, permite que un asegurador utilice las normas correspondientes vigentes de Medicare para los anejos.

De igual forma, la referida sección establece que un asegurador solo podrá requerir como anejo información que aparezca o esté en el proceso de incluirse en el historial médico o de facturación del paciente que el proveedor participante mantiene. Asimismo, tal sección exige que, de requerirse un anejo adicional a los ya requeridos por contrato, el asegurador deba notificar por escrito a todos los proveedores afectados a los efectos de que tales anejos adicionales son necesarios. Dicha notificación, identificará específicamente los anejos requeridos y deberá ser recibida por el proveedor participante dentro de los sesenta (60) días antes de que el anejo se requiera como requisito para que una reclamación sea procesable para pago.

Por último, como establece la Sección 5 de la Regla 73, *supra*, un asegurador no podrá requerir elementos adicionales a los elementos de información y anejos establecidos en los Apéndices I, II y III de la Regla 73, a menos que así le sea exigido por CMS, alguna ley o reglamento federal o local.

-E-

Nuestro Código de Seguros ha sido objeto de numerosas enmiendas a través del tiempo. Una de estas, ocurrió mediante la aprobación de la Ley 5-2014 en la que el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico adoptó como política pública el garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo la regulación de aquellas entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. El discutido estatuto, añadió un nuevo inciso I al Código de Seguros en el que se determinó que necesidad médica se definiría como todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de

salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
3. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
5. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

Además de la enmienda al Código de Seguros de Puerto Rico antes detallada, la Ley 5-2014, enmendó la ley Núm. 194-2011, mejor conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, a los efectos de añadirle un nuevo Artículo 2.090. Este, así enmendado lee:

“Artículo 2.090 – Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados

Bajo este Código se establece que ninguna compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica definida en este Código, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.”

Asimismo, la Ley 5-2014, *supra*, añadió la Sección 18 al Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que éste lea como sigue:

“ARTÍCULO VI. – PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1.- ...

Sección 18 – Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados

Se establece que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental al amparo de esta Ley, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza. En el caso de los profesionales de la salud, se establece que no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o sub-especialistas a paciente del Plan de Salud Gubernamental por parte de un médico primario cuando sea medicamente necesario. Para los efectos de esta Sección, el término de “necesidad médica” significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
3. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
5. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.”

De igual manera, la Ley 5-2014, *supra*, añadió los nuevos incisos (o) y (p) al Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, para que se lea como sigue:

“Artículo 7.-Responsabilidades del Procurador

El Procurador será responsable de la organización y funcionamiento de la Oficina, para lo cual tendrá las siguientes facultades y deberes:

(a) ...

...

(o) Tendrá jurisdicción para atender querellas relacionadas con la negación de autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, por parte de cualquier compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas; cuando haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica según se define en la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.

(p) El Procurador tendrá la responsabilidad de colaborar y asesorar de forma continua al Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud, el Comisionado de Seguros, la Administración de Servicios Médicos y cualesquiera otras entidades e instrumentalidades del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en relación a cualquier cambio del sistema de salud.”

III

Antes de entrar a atender los distintos señalamientos de error levantados por la apelante, tratándose de la revisión de la denegatoria de una solicitud de sentencia sumaria, tenemos primero la encomienda de evaluar si la moción de sentencia sumaria sometida por la apelante, así como la oposición instada ante esta, cumplieron con los requisitos de forma que nuestro ordenamiento jurídico impone. Efectuado tal análisis, concluimos que, en efecto, la parte apelante dio cumplimiento a los requisitos de forma establecidos por nuestras reglas. Alcanzamos tal conclusión al advertir que, en su solicitud de sentencia sumaria, incluyó una relación concisa y enumerada de todos los hechos esenciales y

pertinentes sobre los que alega no existe controversia sustancial. Además, estableció la relación con aquella evidencia que sometió en apoyo de tales hechos o que consta en el expediente judicial. Similar conclusión, alcanzamos en cuanto a la oposición que la parte apelada presentó.

Dicho lo anterior, nos corresponde ahora examinar, si en realidad existe una controversia de hechos que impida la resolución sumaria del asunto resuelto. De ser así, debemos señalar qué hechos encontramos están en controversia. De lo contrario, corresponde revisar *de novo*, si el foro de instancia aplicó correctamente la norma jurídica pertinente a la controversia.

Hemos efectuado dicha tarea, tras la que concluimos que, en efecto no existe controversia alguna de hechos que impida la resolución sumaria del asunto resuelto. Asimismo, y tras escudriñar el legajo apelativo, determinamos que el tribunal apelado aplicó correctamente la norma jurídica pertinente a la controversia, por lo que, no habiéndose cometido los errores señalados, el dictamen apelado debe ser confirmado. Veamos.

En la discusión de su primer señalamiento de error la parte apelante afirma que el TPI actuó contrario a la doctrina de la Ley del Caso establecida mediante *Resolución y Orden* del 22 de julio de 2020 en la que determinó que “[a]l tratarse de un proveedor no participante, ERSC debió haber prestado su consentimiento para obligarse a seguir **cualquier proceso interno de la aseguradora.**” Por ello, argumenta que al resolver como hizo en la sentencia apelada, el tribunal apelado contradijo una determinación previa que advino final y firme apartándose así de la ley del caso. Esto es incorrecto.

Hemos estudiado la *Resolución* emitida por el tribunal apelado con fecha del 22 de julio de 2020 en la que atendió la solicitud de desestimación instada por la parte apelada, la oposición que la apelante sometió sobre tal petición, así como los memorandos de derecho que las partes presentaron. Ciertamente, tal como indicó la apelante, el tribunal apelado realizó la

expresión citada. No obstante, la misma fue realizada dentro de un contexto particular y específico frente a la contención de falta de jurisdicción y necesidad de agotar remedios levantada por la parte apelada sobre aquellos reclamos que surgieron cuando las partes no tenían un contrato.⁹ O sea, que dicha expresión fue enunciada sobre la controversia particular del reclamo de falta de jurisdicción por alegada falta de agotar remedios internos previo a recurrir a los tribunales. Siendo ello así, es insostenible e improcedente aplicar indiscriminadamente tal expresión bajo el pretexto de que esta constituye la ley del caso.

De otra parte, en su segundo señalamiento, la apelante primeramente indica desconocer la razón por la que el tribunal apelado se negó a considerar la Regla 73 de la Oficina del Comisionado del Seguro dentro del contexto de la relación contractual de las partes. Más aún, arguye que al no hacerlo el TPI incurrió en craso error. A tal efecto, afirma que la sección 7.13 del acuerdo que en su día habían firmado las partes establecía que sólo los documentos que fueron anejados al contrato y sus enmiendas comprenderían la totalidad de los acuerdos entre estas. Por ello, reclama que fue errada la decisión del TPI de no considerar la Regla 73 de la Oficina del Comisionado de Seguros para adjudicar las cuantías que reclamó por los servicios que fueron prestados durante la vigencia del acuerdo entre las partes.

Al estudiar el dictamen apelado rápidamente advertimos que el tribunal apelado no analizó las disposiciones de la referida Regla 73 debido a que tal análisis era innecesario para resolver la controversia ante su consideración.¹⁰ Según dicho foro consignó en su *Sentencia*, las reclamaciones que se incluyeron en la demanda son y tratan sobre servicios

⁹ Véase página 8 de la *Resolución* del 22 de julio de 2020, [Entrada Núm. 32] en SUMAC.

¹⁰ El escolio 41 de la *Sentencia* aclara que “[a]l no tener que evaluar la relación contractual entre las partes, no es necesario discutir el Reglamento 73 de la Oficina del Comisionado de Seguros citado por la parte demandante.” Véase, pág. 22 del Apéndice.

prestados durante un periodo de tiempo en el que ER Specialized figuraba como proveedor **no contratado**.¹¹ Igual constatado quedó este hecho en la sección de conclusiones de derecho de la *Sentencia*, cuando el tribunal apelado señaló que le correspondía “interpretar la legislación aplicable y determinar si ERSC tiene derecho a cobrar los servicios médicos que prestó **como proveedor no contratado por MMM.**” (Énfasis suplido).¹² La apelante no impugna tales expresiones.

Al examinar la *Demanda* instada por la parte apelante coincidimos con el TPI en cuanto a que las controversias a resolverse tratan sobre los **servicios prestados no contratados**. De las alegaciones presentadas por ER Specialized en su reclamación no surge que su reclamo trate sobre asuntos relacionados a los servicios prestados durante el plazo en el que esta sí brindó servicios bajo contrato a las entidades demandadas. Inclusive, al leer la solicitud de sentencia sumaria sometida por la apelante, advertimos que esta expone el derecho aplicable “para los periodos en donde no tenía contrato con MMM, o sea, para los periodos en los que ERSC debe ser considerado como un proveedor no participante por ser un proveedor no contratado.”¹³ El legajo apelativo no contiene- y la parte apelante no señala- alegación alguna que permita concluir, como así afirma en su recurso, que la “segunda parte de la controversia entre ERSC y MMM tornaba en cuanto a las obligaciones entre las partes para el periodo donde sí existía un contrato.”

En consideración a lo antes consignado, resolvemos que el segundo error señalado no fue cometido. Adelantamos que similar conclusión alcanzamos para y con relación al resto de los señalamientos de error levantados por ER Specialized. Veamos.

¹¹ Véase, *Sentencia*, página 3 del Apéndice.

¹² *Íd.*, página 13 del Apéndice.

¹³ Pág. 139 del Apéndice.

En su tercer señalamiento de error, la apelante afirma que la determinación del tribunal recurrido sobre que la Ley Núm. 5-2014, *supra*, no establece una prohibición de denegación es una errada que ignora el claro mandato de varias de las enmiendas introducidas por tal estatuto en cuanto a que ningún asegurador podrá denegar la autorización para servicios médicos. Hemos examinado escrupulosamente el aludido estatuto. Reconocemos que este estatuto, en su exposición de motivos, reconoce como política pública de nuestro gobierno el que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. No obstante, no consideramos que ello de por sí sea argumento suficiente en derecho para revocar la determinación apelada.

Peor aún, consideramos que el argumento presentado por ER Specialized no expresa adecuadamente cuál fue la determinación realmente emitida por el TPI sobre este asunto. Esto, debido a que el TPI no se limitó a argüir que la Ley 5-2014, *supra*, no establecía una prohibición de denegación. Por el contrario, tras detallar las disposiciones de la referida ley- el cual como indicamos tuvo a bien enmendar distintos estatutos- el TPI concluyó que no existe una disposición legal o reglamentaria que limite la facultad de la parte apelada para requerir documentación.¹⁴ Así, si como establece la apelante la Ley Núm. 5-2014, *supra*, no establece requisitos para la facturación de servicios médicos, tampoco la prohíbe.

Por su parte, en su cuarto señalamiento de error, ER Specialized alega que la denegatoria de su solicitud de sentencia sumaria es contraria a las garantías de pago para los servicios de emergencia que establecen las distintas leyes citadas. Con tal propósito, manifiesta que “no es compatible la existencia de todas las garantías de pago para los servicios de sala de emergencia y que a la misma vez el TPI concluya que MMM puede inventar e imponer reglas para denegar el pago de dichos servicios.” Sin embargo,

¹⁴ Pág. 21 del Apéndice.

ninguno de los estatutos citados en los que sustenta su reclamo prohíben que una aseguradora pueda establecer requisitos particulares. Es ante la ausencia de una prohibición explícita para ello, que el TPI concluyó que “la aseguradora no actuó contrario a la ley al denegar el pago por falta de documentación.”.

Por último, en su quinto señalamiento de error, ER Specialized arguye que fue un error por parte del tribunal apelado el no conceder su petición para que se emitieran determinaciones de hechos adicionales. Como adelantamos, se equivoca. La Regla 43.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V R. 43.1, permite que el tribunal que dictó una sentencia- a moción de parte- **pueda** corregir esta mediante enmienda en la que formule determinaciones de hecho o conclusiones de derecho pertinentes al fallo. Ruiz Camilo v. Trafon Group, Inc., 200 DPR 254 (2018). La referida regla incluye el vocablo *podrá*,¹⁵ por lo que advertimos que dicha facultad es una discrecional. Siendo ello así, para que como tribunal apelativo podamos intervenir con dicha decisión, debe demostrarse que hubo un craso abuso de discreción. La parte apelante no demostró dicho escenario. Por el contrario, más allá de exponer el derecho aplicable sobre la solicitud de determinaciones de hechos adicionales, la parte apelante se limitó a exponer que había sometido “sendas determinaciones de hechos y derecho específicas que estimó haber probado y que se fundamentan en cuestiones

¹⁵ El texto de la discutida regla lee:

No será necesario solicitar que se consignen determinaciones de hechos a los efectos de una apelación, pero a moción de parte, presentada a más tardar quince (15) días después de haberse archivado en autos copia de la notificación de la sentencia, el tribunal **podrá** hacer las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho iniciales correspondientes, si es que éstas no se hubiesen hecho por ser innecesarias, de acuerdo con la Regla 42.2, o **podrá** enmendar o hacer determinaciones adicionales y **podrá** enmendar la sentencia en conformidad. Si una parte interesa presentar una moción de enmiendas o determinaciones iniciales o adicionales, reconsideración o de nuevo juicio, éstas deberán presentarse en un solo escrito y el tribunal resolverá de igual manera. En todo caso, la suficiencia de la prueba para sostener las determinaciones podrá ser suscitada posteriormente aunque la parte que formule la cuestión no las haya objetado en el tribunal inferior, o no haya presentado una moción para enmendarlas, o no haya solicitado sentencia.

La moción de enmiendas o determinaciones iniciales o adicionales se notificará a las demás partes en el pleito dentro de los quince (15) días establecidos por esta regla para presentarla ante el tribunal. El término para notificar será de cumplimiento estricto.

sustanciales relacionadas con determinaciones de hechos y pertinentes y conclusiones de derecho materiales” y que, al no acogerlas, el TPI erró. Ciertamente, tal argumento no nos coloca en posición de poder identificar que el TPI incurriera en abuso de discreción, por lo que resolvemos que el quinto señalamiento de error tampoco fue cometido.

IV

Por los fundamentos antes esbozados, confirmamos la *Sentencia* emitida en la causa de epígrafe por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan con fecha del 14 de marzo de 2022.

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

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