

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL VII

HOSPITAL AUXILIO MUTUO DE
PUERTO RICO, INC.

Recurrida

v.

MMM HOLDINGS, LLC Y OTROS KLCE202101223

Peticionarios

CERTIORARI
procedente de la
Región Judicial
de Bayamón,
Sala Superior de
San Juan

Civil núm.:
SJ2019CV09735

Sobre:
Cobro de Dinero
y Solicitud de
Sentencia
Declaratoria

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Ortiz Flores, la Jueza Romero García y la Jueza Reyes Berríos.

Reyes Berríos, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 20 de enero de 2022.

Comparece MMM Holdings, LLC (MMM Holdings), MMM Multi Health, LLC (Multi Health), MMM Healthcare, LLC (MMM Healthcare) y MSO of Puerto Rico, LLC (MSO, en conjunto las peticionarias) mediante el presente recurso de *certiorari*. Nos solicitan que revoquemos una *Resolución* dictada el 8 de septiembre de 2021, por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan (TPI). En virtud de esta, el foro recurrido declaró *No Ha Lugar* a las solicitudes de desestimación presentadas por las peticionarias.

Por los fundamentos que se exponen a continuación, *expedimos* el auto de *certiorari* y *confirmamos* el dictamen recurrido.

I.

Los hechos que originan la presente controversia surgen cuando el 18 de septiembre de 2019 el Hospital Español Auxilio Mutuo de Puerto Rico, Inc. (Hospital o recurrido), incoó una *Demanda* de cobro de dinero y sentencia declaratoria contra las

peticionarias.¹ En síntesis, alegó que ofrecía servicios de emergencia a pacientes afiliados a las compañías peticionarias. A los pacientes suscriptores de MMM, que eran beneficiarios del Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan del Gobierno), señaló que proveía servicios como **proveedor no participante**. En cuanto a los pacientes de MMM beneficiarios del Programa Federal *Medicare Advantage* (*Medicare Advantage*), indicó que los servicios prestados eran en calidad de **proveedor participante**, por virtud de un contrato suscrito el 1 de julio de 2015. Argumentó que las peticionarias se negaban a pagar por los servicios de sus suscriptores, del Plan del Gobierno o de *Medicare Advantage*, deuda que ascendía a \$3,968,448.10.

Por lo anterior, solicitaron que el foro primario determinara lo siguiente: 1) que el Hospital no es un proveedor participante respecto de los afiliados de MMM que son beneficiarios del Plan del Gobierno; (2) que las peticionarias estaban obligadas a pagar por los servicios hospitalarios prestados a pacientes cuyas admisiones fueron ordenadas por médicos que no son proveedores participantes de MMM; (3) que estaba impedida de denegar el pago por los servicios prestados a sus suscriptores/afiliados cuando las razones para ello son atribuibles a médicos proveedores contratados por MMM y que no son empleados del Hospital; (4) que MMM estaba impedida de denegar el pago por servicios prestados a sus suscriptores/afiliados; (5) que ordenara a las peticionarias a pagar la totalidad de las partidas adeudadas; (6) que ordenara el pago de los intereses sobre las cantidades adeudadas; y (7) las condenara al pago de costas, gastos y honorarios de abogado.

Luego de varias incidencias procesales, el 13 de enero de 2020, MMM Holdings presentó una solicitud de desestimación.² Allí,

¹ Apéndice *certiorari*, págs. 1-104.

² Apéndice *certiorari*, págs. 137-192.

arguyó que el Hospital no tenía una reclamación plausible en su contra, ya sea de índole contractual o extracontractual. Señaló que el contrato al cual se alude en la demanda fue suscrito entre MSO y el Hospital; y que sólo se le incluyó como parte por ser la compañía matriz de las demás codemandadas. Sostuvo que era una entidad separada a las demás codemandadas y que en la demanda no se alegaron hechos tendientes a demostrar la confusión entre las compañías, que la responsabilizara por las reclamaciones de cobro de dinero del Hospital. Por tales razones, correspondía que se desestimara con perjuicio la reclamación en su contra.

Posteriormente, el 15 de enero de 2020, MMM Healthcare, Multi Health y MSO presentaron su solicitud de desestimación por falta de jurisdicción.³ En síntesis, alegaron que las reclamaciones contra MMM Healthcare y MSO como proveedor participante debía ser desestimada en su totalidad, puesto que las partes pactaron que las disputas se ventilarían mediante el proceso de arbitraje. En cuanto a Multi Health, explicaron que el foro primario carecía de jurisdicción para atender los reclamos contra dicha parte como proveedor no participante, ya que el Hospital no agotó los remedios administrativos, según establecidos en la reglamentación estatal y federal para beneficiarios del Plan del Gobierno y *Medicare Advantage*.

Finalmente, indicaron que el *Addendum* del contrato entre el Hospital y MSO y el Reglamento General de la Administración de Salud de Puerto Rico, Reglamento Núm. 9068 de 25 de febrero de 2019, establecían que toda reclamación relacionada a los servicios prestados a los beneficiarios del Plan del Gobierno debía ser sometidas, en primera instancia, a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). De no estar conforme con la

³ Apéndice *certiorari*, págs. 195-409.

determinación de ASES, entonces el Hospital podía presentar un recurso de revisión judicial ante el Tribunal de Apelaciones. Por tanto, el foro primario debía abstenerse de resolver la controversia.

En desacuerdo, el 23 de enero de 2020 el Hospital presentó su oposición a la solicitud de desestimación.⁴ Sostuvo que, conforme a la Ley de la Administración de Seguros de Salud,⁵ el procedimiento administrativo interno para la resolución de disputas solo está disponible para proveedores participantes. En vista de que para la fecha de las reclamaciones no había contrato con las compañías peticionarias para pacientes del Plan del Gobierno, concluyó que no estaba obligado a agotar trámite administrativo alguno. Sobre las reclamaciones de pacientes adscritos al *Medicare Advantage*, indicó que el derecho de apelación dispuesto en las leyes federales⁶ solo está disponible para aquellos beneficiarios que están expuestos a algún tipo de riesgo financiero. Además, sostuvo que el proveedor no contratado no está obligado a iniciar un proceso de apelación administrativa pues dicho trámite no está disponible para vigilar los intereses privados del proveedor y la aseguradora, cuando no está de por medio el beneficiario.

Sobre el proceso de arbitraje, señaló que según las disposiciones del contrato con MSO, el proceso de arbitraje no se podía iniciar hasta tanto se sometiera la controversia ante el Comité Ejecutivo de las peticionarias. Asimismo, exponen que la cláusula 12.14 del *Hospital Services Agreement*, establecía que cualquier controversia que surgiera el Tribunal ostentará jurisdicción.

Evaluada las posturas de cada parte, el 8 de septiembre de 2021, el TPI emitió la *Resolución* recurrida, en la que declaró *No Ha Lugar* a las solicitudes de desestimación presentadas por las

⁴ Apéndice *certiorari*, págs. 414-452.

⁵ Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, 24 LPRA sec. 7001.

⁶ Se hace referencia al 42 CFR sec. 422.560 y al *Medicare Managed Care Manual*, Chapter 13, Section 60.1.1.

peticionarias.⁷ Concluyó que el Hospital presentaba su reclamación en calidad de “proveedor no participante”. Además, determinó que el derecho en que se amparaba las peticionarias en su solicitud de desestimación no le aplicaba al Hospital como proveedor no participante. Por tales razones, resolvió que no procedía la desestimación de la demanda.

Inconformes, el 8 de octubre de 2021, las peticionarias comparecieron ante nos mediante *Petición de Certiorari*, señalando la comisión de los siguientes de errores por el foro primario:

El TPI erró al denegar la Moción de las Compañías MMM, a pesar de que las reclamaciones del Hospital en contra de MMM Healthcare y de MSO están sujetas a arbitraje como proveedor participante.

El TPI erró al denegar la Moción de las Compañías MMM, a pesar de que el Hospital no agotó los remedios provistos en las leyes estatales y federales para las reclamaciones de servicios brindados por el Hospital, como proveedor no-participante.

El TPI erró al denegar la Moción de las Compañías MMM y negarse a remitir a ASES los reclamos del Hospital por servicios prestados a relacionados al Plan de Gobierno de acuerdo con la doctrina de jurisdicción primaria.

El TPI erró al denegar la Moción de MMM Holdings, pese a que la Demanda no presenta una reclamación plausible contra esta, ni aduce hechos que ameriten la concesión de un remedio en contra de MMM Holdings.

El 8 de noviembre de 2021, los recurridos presentaron su *Oposición a la Expedición del Auto de Certiorari*.

Con el beneficio de la comparecencia de ambas partes, procederemos a resolver la situación fáctica ante nuestra consideración.

II.

A.

El recurso de *certiorari* es un mecanismo de carácter extraordinario mediante el cual un tribunal de superior jerarquía

⁷ Apéndice *certiorari*, págs. 555-557.

puede revisar, a su discreción, una decisión de un tribunal inferior.⁸ La Regla 52 de Procedimiento Civil⁹ contiene las disposiciones pertinentes en cuanto a las revisiones de un tribunal de superior jerarquía sobre las sentencias, resoluciones u órdenes interlocutorias del Tribunal de Primera Instancia. Como norma general, la Regla 52.1 de Procedimiento Civil¹⁰ permite al Tribunal de Apelaciones expedir un recurso de *certiorari* para revisar aquellas resoluciones u órdenes bajo las Reglas 56 y 57 de Procedimiento Civil¹¹ o de la denegatoria de una moción de carácter dispositivo.

A manera de excepción, la referida regla permite que el Tribunal de Apelaciones revise aquellas órdenes o resoluciones interlocutorias dictadas por el foro primario en las siguientes instancias:

- 1) cuando se recurre de decisiones en cuanto a la admisibilidad de testigos de hechos o peritos esenciales;
- 2) asuntos relativos a privilegios evidenciarios;
- 3) anotaciones de rebeldía;
- 4) casos de relaciones de familia;
- 5) en aquellos casos que revistan de interés público; y
- 6) en cualquier otra situación en la cual esperar a la apelación constituiría un fracaso irremediable de la justicia.

Al decidir si expide un auto de *certiorari*, el Tribunal de Apelaciones debe regirse por los criterios expuestos en la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones.¹² Los criterios para tomar en consideración son los siguientes:

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

⁸ Art. 670 del *Código de Enjuiciamiento Civil de 1933*, hoy conocido como *Ley de Recursos Extraordinarios*, 32 LPRÁ 3491; *Pueblo v. Díaz León*, 176 DPR 913 (2009).

⁹ 32 LPRÁ Ap. V, R. 52.

¹⁰ *Supra*.

¹¹ 32 LPRÁ Ap. V., R56 y R57.

¹² 4 LPRÁ Ap. XXII-B, R. 40; *Mun. Aut. De Caguas v. JRO Construction, Inc. et al.*, 201 DPR 703, 712 (2019).

- 4) Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegados más elaborados.
- 5) Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.
- 6) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final el litigio.
- 7) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.

El foro apelativo debe ejercer su facultad revisora solamente en aquellos casos que se demuestre que el dictamen emitido por el foro de instancia es arbitrario o constituye un exceso de discreción.¹³

B.

La Regla 59.1 de Procedimiento Civil regula el mecanismo de sentencia declaratoria, disponiendo lo siguiente:

El Tribunal de Primera Instancia tendrá autoridad para declarar derechos, estados y otras relaciones jurídicas, **aunque se inste o pueda instarse otro remedio**. No se estimará como motivo suficiente para atacar un procedimiento o una acción el que se solicite una resolución o sentencia declaratoria. La declaración podrá ser en su forma y efectos, afirmativa o negativa, y tendrá la eficacia y el vigor de las sentencias o resoluciones definitivas. [...].¹⁴ (Énfasis suplido).

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”.¹⁵ Su uso es adecuado “para declarar derechos, estados y otras relaciones de naturaleza jurídica” **independientemente de que existan otros remedios**.¹⁶ Este mecanismo es útil para finalizar situaciones de incertidumbre o inseguridad en cuanto a derechos, pues viabiliza que un ciudadano pueda dilucidar ante los tribunales los méritos de

¹³ *Meléndez v. Caribbean Int'l. News*, 151 DPR 649, 664 (2000).

¹⁴ 32 LPRA Ap. V, R.59.1.

¹⁵ *Alcalde Guayama v. ELA*, 192 DPR 329, 332 (2015); *Sánchez et al. v. Srio. de Justicia et al.*, 157 DPR 360, 383-384 (2002).

¹⁶ *Alcalde de Guayama v. ELA*, *supra*.

cualquier reclamación que en forma latente entrañe un peligro potencial en su contra.¹⁷

En lo pertinente, la Regla 59.2 de Procedimiento Civil,¹⁸ dispone lo siguiente:

- (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 [...].
- (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 de este apéndice, 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.** (Énfasis suplido).

Este mecanismo puede ser empleado por cualquier persona interesada en una escritura o en un contrato escrito para “obtener la determinación de cualquier divergencia acerca de la validez de dichos documentos, así como que se dicte una declaración sobre los derechos estados y demás relaciones que de ellas se deriven”.¹⁹ Permite también dilucidar discrepancias de criterio en torno a la interpretación de un estatuto siempre que exista una controversia

¹⁷ *Charana v. Pueblo*, 109 DPR 641, 653 (1980); *Moscoso v. Rivera*, 76 DPR 481, 488 (1954).

¹⁸ 32 LPRA Ap. V, R.59.2.

¹⁹ *Llopiz v. Arburúa*, 72 DPR 531, 535-536 (1995).

sustancial entre partes con intereses legales adversos.²⁰ En fin, busca ofrecerles a los ciudadanos un vehículo procesal mediante el cual pueda dilucidar “los méritos de cualquier reclamación que en forma latente entrañe un peligro potencial en su contra”.²¹

La cuestión primordial a determinar es “si los hechos alegados demuestran que existe una controversia sustancial entre partes que tengan intereses legales adversos, de suficiente inmediación, madurez y realidad para que hagan aconsejable el remedio declaratorio”.²² Si la disputa no está anclada en hechos específicos, “adquiere un matiz teórico que generalmente la excluye del ámbito legítimo de la sentencia declaratoria”.²³

Precisar si se cumple con el requisito de que exista una controversia real en la sentencia declaratoria, como remedio en equidad, “**descansa en el ejercicio de la sana discreción judicial**”, discreción que no es ilimitada.²⁴ Deberá “utilizarse cuando permite finalizar situaciones de incertidumbre o inseguridad en cuanto a derechos”.²⁵ Habrá que demostrar “que los intereses de la justicia serían bien servidos y que la sentencia que se dicte sea efectiva y adecuada”.²⁶ Al respecto, expresó el Tribunal Supremo:

[...] a los fines de que se pueda formular un criterio adecuado en cuanto a la existencia de una controversia y en cuanto a la forma en que se deba ejercitar la discreción judicial, es preferible que se permita el desarrollo de las cuestiones litigiosas más allá de las alegaciones de la demanda ya que tales problemas pueden resolverse en forma más efectiva a la luz de la prueba que presenten ambas partes, con una cabal consideración de los factores que puedan influenciar el ejercicio de una sana discreción.²⁷ (Citas omitidas).

²⁰ *Alcalde de Guayama v. ELA*, *supra.*; *Mun. Fajardo v. Srio. Justicia et al.*, 187 DPR 245, 254 (2012).

²¹ *Suárez v. C.E.E. I*, 163 DPR 347, 354 (2004); *Charana v. Pueblo*, *supra*, pág. 653.

²² *Sánchez et al. v. Srio. de Justicia et al.*, *supra*, pág. 410; *Moscoso v. Rivera*, *supra*.

²³ *Coca-Cola v. Unión de Tronquistas*, 109 DPR 834, 838 (1980).

²⁴ *Sánchez et al. v. Srio. de Justicia et al.*, *supra*.

²⁵ *Suárez v. C.E.E. I*, *supra*.

²⁶ *Moscoso v. Rivera*, *supra*, pág. 494.

²⁷ *Íd.*, pág. 496.

No obstante, la Regla 59.3 de Procedimiento Civil, *supra*, dispone que “[e]l tribunal podrá negarse a dar o a registrar una sentencia o decreto declaratorio cuando tal sentencia o decreto, de ser hecho o registrado, no haya de poner fin a la incertidumbre o controversia que originó el procedimiento”.

C.

La Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, mejor conocida como la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (Ley de ASES), establece como política pública de dicha entidad el implantar, administrar y negociar, **mediante contratos** con aseguradores, y/u organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguros de salud que le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.²⁸

En lo pertinente, la Sección 1 (e) define el término asegurador de la siguiente manera:

Asegurador: Entidad que asume el riesgo en forma contractual mediante el pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico; o entidad con la cual la Administración delega por razón de vínculo contractual la adjudicación de la procesabilidad del pago por servicios en **aquellos contratos entre la Administración y proveedores participantes.**²⁹ (Énfasis nuestro).

Además, en el inciso (dd) de la aludida sección, se define proveedor participante como “[a]quel proveedor de servicios de salud **contratado por los aseguradores** o por la Administración para ofrecer servicios de salud a la población representada por la Administración”.³⁰ No obstante, la Ley de ASES no define lo que es un proveedor no participante.

²⁸ 24 LPRA sec. 7001.

²⁹ 24 LPRA sec. 7002 (e).

³⁰ 24 LPRA sec. 7002 (dd).

En lo que respecta al procedimiento de querellas, la Sec. 10 de la Ley de ASES le requiere a los aseguradores, proveedores y las organizaciones de servicios de salud **con los cuales contrate**, que establezcan procedimientos para atender y resolver las querellas, estableciendo lo siguiente:³¹

La Administración 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 Administración establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones tomadas sobre las querellas serán apelables ante la Administración, según se disponga por Reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal de Apelaciones. (Énfasis suplido).

En aras de implementar la política pública establecida en la Ley de ASES, el 19 de junio de 1995 se aprobó el Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, Reglamento Núm. 5253 (Reglamento 5253).³² Su Artículo XVII provee lo siguiente, en cuanto al procedimiento de querellas:

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

³¹ 24 LPRA sec. 7036.

³² Art. I del Reglamento 5253.

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.

[...] (Énfasis suplido).

El Artículo III del Reglamento 5253, distingue entre proveedores participantes y no participantes, al definirlos de la siguiente manera:

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 Administración.

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: [p]ersona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud.

Por otro lado, es meritorio señalar que el Reglamento 5253 fue derogado mediante la aprobación del Reglamento Núm. 9068 del 25 de febrero de 2019 (Reglamento 9068). En su Art. 1(B) se establece que sus disposiciones aplicarán a todas las Aseguradoras y OSS (Organizaciones de Servicios de Salud) proveedores de servicios, manejadores de beneficios de farmacia, los beneficiarios de los seguros y servicios de salud del Estado y cualquier organización contratada por las Aseguradoras y las OSS.³³ En el inciso (C) del aludido artículo, dispone como sigue:³⁴

El propósito de este reglamento es establecer procedimientos justos, uniformes y eficientes que gobiernen todo lo correspondientes a los seguros y servicios de salud del Estado. Esto incluye **lo concerniente a la contratación**, auditoría y evaluación de los servicios ofrecidos por las Aseguradoras y OSS **contratadas por ASES** para ofrecer servicios médico hospitalarios. De igual forma, a través de este Reglamento se establecerán los mecanismos administrativos que permitan atender quejas, impugnaciones y apelaciones de los beneficiarios e imponerle sanciones y multas a aquellas Aseguradoras y OSS **que hayan incumplido con sus obligaciones contractuales**. [...]. (Énfasis suplido).

En el Art. 14 del aludido Reglamento se estableció lo siguiente sobre el sistema de quejas, apelaciones y sanciones de la ASES:³⁵

A. Jurisdicción

1. Los procesos descritos en este artículo serán de aplicación a:

- i. Aseguradoras;
- ii. beneficiarios;
- iii. OSS;
- iv. **proveedores de servicios de salud física y mental**;³⁶
- v. manejadores de beneficios de farmacia;
- vi. subcontratistas de las anteriores;

2. para propósitos de este artículo, las entidades enumeradas en el inciso anterior serán recogidas bajo el término genérico “Contratistas”.

B. [...].

C. La Ley Núm. 72 faculta a la Administración para revisar, una vez agotados los mecanismos inferiores de revisión,

³³ Art. 1(B) del Reglamento 9068.

³⁴ Art. 1(C) del Reglamento 9068.

³⁵ Art. 14 del Reglamento 9068.

³⁶ Cabe destacar que este nuevo Reglamento de ASES define el término proveedor como “[p]ersona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud”. Sin embargo, se eliminaron las definiciones de proveedores participantes y no participantes. Art. 3(56) del Reglamento 9068.

las determinaciones finales resueltas adversamente en contra de proveedores y beneficiarios que hayan presentado una querrela;

D. Además, el Art. VI, Sec. 10 de la Ley Núm. 72 faculta a la [ASES] para establecer medidas correctivas o imponer sanciones y multas a los contratistas, **por el incumplimiento con las obligaciones que dimanar de los contratos** otorgados con esta para la prestación de servicios de salud, por violaciones a las leyes y reglamentos de la [ASES], o por violaciones a las leyes y reglamentos de la [ASES], o por violaciones a las órdenes, instrucciones y requerimientos que la [ASES] expida o publique en virtud de estos;

E. Si como producto de una solicitud de revisión, la Administración toma una determinación final y firme en contra del solicitante, tal decisión podrá ser apelada en el Tribunal de Apelaciones.

F. [...].

G. [...].

H. Vista Administrativa

1. Solicitud de celebración

i. Treinta (30) días a partir de la fecha en la notificación de un Asegurador, OSS o manejador de beneficios de farmacia sobre su determinación en cuanto a alguna objeción o solicitud de revisión realizada por la parte afectada, dicha parte podrá solicitar la celebración de una vista administrativa ante un(a) Oficial Examinador(a) (OE) designado(a) por la [ASES]. [...]. (Énfasis nuestro).

III.

En el presente recurso, nos corresponde revisar una resolución interlocutoria emitida por el TPI sobre la denegatoria de una moción de desestimación al amparo de la Regla 10.2 de Procedimiento Civil. En específico, se nos ha delegado el determinar si el foro de instancia ostenta jurisdicción para atender los méritos de la demanda de sentencia declaratoria y cobro de dinero instada por el Hospital, sobre unas reclamaciones de dinero relacionadas a pacientes afiliados a las compañías peticionarias. Veamos.

En el recurso, como primer señalamiento de error, las peticionarias arguyen que erró el foro primario al no desestimar la demanda y declararse con jurisdicción para atender la controversia. En esencia, alegan que entre el Hospital y MSO existe un contrato que dispone el proceso de arbitraje como método para la resolución de disputas sobre la prestación de servicios médico-hospitalarios a suscriptores del plan MMM bajo el Programa de *Medicare*

Advantage. Además, indican que procede que las demás controversias se paralicen hasta que se dilucidan aquellas que están sujetas a arbitraje.

Por el contrario, el Hospital argumenta que no procede la expedición del recurso, puesto que el contrato suscrito por el Hospital y MSO contiene una cláusula que le confiere jurisdicción al foro primario para atender cualquier controversia relacionada al mismo.

Según se desprende del expediente apelativo, entre el Hospital y la compañía MSO existe un contrato con fecha del 1 de julio de 2015. En su Art. 9 se establece el procedimiento de resolución de disputas entre las partes, disponiendo lo siguiente:

9.1 In the event any dispute shall arise with respect to performance or interpretation of any clause of this Agreement neither party shall cease or diminish its performance hereunder and the provisions of Article 6 shall remain in full force and effect. The MSO and Hospital agree to meet and confer in good faith to resolve any problems or disputes that may arise regarding the interpretation of this Agreement.

9.2 If Hospital is not satisfied with resolution of any matter in controversy submitted to the MSO, **the matter in controversy shall be submitted to the Executive Management of the MSO**, at which time the disputed matter will be considered and Hospital will be afforded an opportunity to present supporting statements and documentation. The Executive Management of MSO shall make a recommendation within fifteen (15) Business Days after the meeting and the submission of evidence submitted by the parties.

9.3 If Hospital is not satisfied with resolution of any matter in controversy submitted to the MSO, and/or the Executive Management of the MSO, **the matter in controversy shall be submitted to binding arbitration** in accordance with the Commercial Rules of the American Arbitration Association within sixty (60) days of the last attempted resolution. If the matter is submitted to arbitration, the arbitration shall be held in San Juan, Puerto Rico. Both parties expressly covenant and agree to be bound the decision of the arbitrator as final determination of the matter in dispute. Each party shall assume its own costs, but shall share the cost of the arbitration and the arbitrator equally. Judgment upon the award rendered by arbitrator may be entered in court having jurisdiction. [...]. (Énfasis nuestro).

En cuanto a la interpretación del contrato, el Art. 12.14 reza como sigue:

12.14 Interpretation. The validity, enforceability and interpretation of any of the clauses of this Agreement shall be determined and governed by applicable law as well as applicable federal laws. In the event of any conflict between this Agreement and a contract entered into between MSO and a Health Plan or between a Health Plan and (a) a state for prepaid Medicaid/Reforma Beneficiaries, (b) CMS for prepaid Medicare Beneficiaries under a Medicare Advantage Plan, and/or (c) any governmental entity with respect to a government health care or benefit program (the "Government Contracts") for which PROVIDER is providing services, the Government Contracts shall govern. PROVIDER agrees to be subject to all requirements that may be imposed in MSO and PROVIDER by a Health Plan under underlying agreement between such Health and MSO. In the event of any conflict between this Agreement and the underlying agreement between a Health Plan and MSO for which PROVIDER is providing services, the underlying agreement shall govern. **The parties agree that jurisdiction for any legal action regarding this Agreement shall be in the state or federal courts in the Commonwealth of Puerto Rico.** [...]. (Énfasis nuestro).

Particularmente, las peticionarias amparan su argumento en el Art. 9 del aludido contrato, que establece un proceso interno ante MSO para resolver las controversias que surgieran en virtud del acuerdo y en su defecto, remitir la controversia a arbitraje. Por el contrario, el Hospital indica que el Art. 12.14 le confiere jurisdicción al foro primario para atender cualquier reclamación legal relacionada al contrato (*"The parties agree that jurisdiction for any legal action regarding this Agreement shall be in the state or federal courts in the Commonwealth of Puerto Rico"*).

Luego de un examen sosegado de ambas cláusulas del contrato, no nos alberga duda que ambas cláusulas son contradictorias entre sí. Aunque una dispone de un procedimiento interno para la resolución de controversias en virtud del acuerdo entre las partes (Art. 9), en cambio, la otra confiere jurisdicción a los foros estatales (Art. 12.14) para atender las discrepancias del contrato. Ahora bien, no debemos perder de perspectiva que la

presente controversia versa sobre una demanda de sentencia declaratoria instada por el Hospital. En ese contexto, nada impide que el foro primario declare derechos, estados y otras relaciones de naturaleza jurídica, con respecto a las controversias planteadas por el Hospital. Ello, independientemente de que existan otros remedios en ley.³⁷ Por tal razón, resolvemos que el foro primario ostenta jurisdicción para atender la reclamación del Hospital en virtud del contrato suscrito con MSO.

En su segundo y tercer error, aducen que el contrato de Multi Health y ASES para la administración de servicios de salud a los beneficiarios del Plan de Gobierno, requiere que el Hospital como *proveedor no participante*, agote los remedios administrativos ante Multi Health antes de instar una reclamación judicial. Esgrimen que ASES tiene la jurisdicción primaria para atender las controversias relacionadas a los pagos por servicios prestados a beneficiarios del Plan del Gobierno, por lo que el TPI debió abstenerse de atender la controversia. Señalan que, conforme al acuerdo suscrito entre el Hospital y MSO y el *Addendum*, se establece que las aludidas controversias con beneficiarios del Plan del Gobierno deben agotar el trámite interno de la MSO y luego someter la controversia a ASES.

De entrada, debemos establecer que no existe en el expediente documentación alguna que demuestre que el Hospital está obligado a agotar remedios administrativos ante ASES para las reclamaciones relacionadas a pacientes del Plan del Gobierno. Contrario a lo alegado por la parte peticionaria, el *Addendum* del contrato entre MSO y el Hospital no impone la obligación al Hospital de agotar el trámite administrativo ante ASES, por lo que es forzoso concluir que, para dichos beneficiarios del Plan del Gobierno, el

³⁷ 32 LPRA Ap. V, R.59.1.

Hospital le brindó servicios médico-hospitalarios como **proveedor no participante**, es decir, como proveedor no contratado.

En virtud de lo anterior, concluimos que las reclamaciones de la demanda, relacionadas a los suscriptores de las compañías peticionarias afiliados al Plan del Gobierno, no le aplican el procedimiento administrativo dispuesto en la Ley de ASES. De una lectura integral de las disposiciones de la Ley de ASES, así como su Reglamento, nos deja claro que sus procedimientos están disponibles para resolver disputas con proveedores participantes. El 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. Por esta razón, 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.³⁸

Finalmente, como cuarto planteamiento de error, las peticionarias indican que procede la desestimación de la demanda en contra de MMM Holdings, pues no existe una reclamación plausible en su contra. Particularmente, explican que no existe ningún contrato entre dicha compañía y el Hospital y que el hecho de que sea la corporación matriz no significa que esta sea responsable al Hospital. Sobre ello, determinamos que en la etapa en la que se encuentra la controversia, no es posible determinar si MMM Holdings no es responsable ante el Hospital por los servicios prestados a los suscriptores de las demás compañías peticionarias.

³⁸ 24 LPRA sec. 7036d. Esta sección dispone, en su totalidad, lo siguiente:

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]. (Énfasis nuestro).

Este planteamiento deberá ser evaluado posteriormente, de lo que surja del descubrimiento de prueba entre las partes al respecto.

IV.

Por los fundamentos expuestos, expedimos el auto de *certiorari* y confirmamos el dictamen de instancia. En consecuencia, devolvemos el presente caso al Tribunal de Primera Instancia para la continuación de los procedimientos.

Lo acordó y manda el Tribunal, y lo certifica la secretaria del Tribunal de Apelaciones.

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