

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
PANEL IV

**COMISIONADO DE  
SEGUROS DE PUERTO RICO**

Recurrido

v.

**TRIPLE-S SALUD, INC.**

Recurrente

KLRA202200352

**REVISIÓN**

procedente de la  
Oficina del  
Comisionado de  
Seguros de  
Puerto Rico

Caso Núm.:

**PP-2020-22**

Violación a los  
Artículos 30.050 y  
30.070 del Código  
de Seguros de  
Puerto Rico, 26  
LPRÁ secs. 3004 y  
3006, y a los  
Artículos 5(C)(2)  
(3), 9 y 12 de la  
Regla Núm. LXXIII  
del Reglamento  
del Código de  
Seguros de Puerto  
Rico

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Cintrón Cintrón, el Juez Pagán Ocasio y la Juez Barresi Ramos.

Cintrón Cintrón, Jueza Ponente.

**SENTENCIA**

En San Juan, Puerto Rico, a 18 de noviembre de 2022.

Comparece Triple S Salud, Inc. (Triple S Salud, aseguradora o recurrente) y solicita que revisemos la *Resolución* emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS o recurrida) el 25 de abril de 2022. Mediante esta, el Comisionado de Seguros confirmó la multa administrativa de \$750.00 impuesta a Triple S Salud por las violaciones a varios artículos del Código de Seguros y su Reglamento.

Por las razones que expondremos a continuación, se confirma el dictamen recurrido.

## I.

Según surge del expediente, el 22 de marzo de 2018, CT Radiology Complex (CT Radiology o proveedor) presentó ante Triple S Salud una reclamación sobre servicios prestados el 20 de marzo de 2018. El 19 de abril de 2018, la aseguradora denegó el pago de dicha reclamación, con el código COB7 y la siguiente explicación: “*this provider was not certified/eligible to be paid for this procedure/service on this date of service...*”. Además, se incluyó el código de denegación N570: “*missing/incomplete/invalid credentialing data*”.<sup>1</sup>

En lo que nos atañe a la controversia que hoy atendemos, el 4 de mayo de 2018, el proveedor, a través del *Formulario para Someter Cambios a una Reclamación Profesional Pagada o Denegada (Ajuste)* contestó la denegatoria de pago concernida y expuso lo siguiente: “Se corrige *rendering*. Para el pago correspondiente”. Este documento tiene un ponche que indica: “Relaciones Profesionales Triple S Salud, 2018 MAY 4 (hora ilegible)”.<sup>2</sup> Ante la falta de pago, el 14 de septiembre de 2018, el proveedor incoó en Triple S Salud una *Solicitud de Revisión de Pago Puntual*, en la cual expresó que la reclamación fue enviada para ajuste en mayo de 2018 y a esa fecha no se había contestado. El antedicho documento tiene un ponche que indica lo siguiente: “Triple S Salud 14 SEP’18 PM 12:46”.<sup>3</sup> Aun sin respuesta, el 29 de octubre de 2018, el proveedor presentó ante la Oficina del Comisionado de Seguros una *Solicitud de Intervención para el Pago Puntual de Reclamaciones* respecto a varias denegatorias de pago, entre ellas la del 14 de septiembre de 2018.

En relación con lo anterior, Triple S Salud informó a la OCS que la reclamación en controversia no fue recibida mediante querrela

---

<sup>1</sup> También CT Radiology presentó otras reclamaciones de pago por servicios prestados, las cuales, inicialmente Triple S Salud denegó. Véase, *Orden* del 23 de diciembre de 2020. Apéndice del recurso, págs. 1-9.

<sup>2</sup> Apéndice del recurso, pág. 32.

<sup>3</sup> *Íd.*, pág. 33.

de pago puntual en el área de Relaciones Profesionales. Especificó que esta fue depositada en el buzón regular de ajuste y no directamente en la recepción de relaciones profesionales, a pesar de que en el área existe un letrero que indica lo siguiente: “Favor hacer entrega de las solicitudes de revisión de pago puntual en la recepción del Departamento de Relaciones Profesionales, ubicada en el Piso G de este edificio”. Añadió que, sobre ese particular, desde el 30 de noviembre de 2015, el proveedor tenía conocimiento que Triple S Salud designó, con carácter de exclusividad, las oficinas que albergan el Departamento de Relaciones Profesionales como las facultadas para recibir las solicitudes de revisión de pago puntual. Particularizó que todos los detalles se encontraban explicados en la Carta Circular #M1511202, la cual, a su entender, era clara en cuanto a que el incumplimiento con el proceso tenía el resultado de que no comenzara a transcurrir el término aplicable para la resolución de las querellas. Destacó que, al depositarse en el buzón equivocado, el asunto no se tramitó como una querella de pago puntual, sino como una solicitud de ajuste.<sup>4</sup>

Luego de la investigación de rigor, y en lo pertinente, en diciembre de 2020, el Comisionado de Seguros emitió una Orden, a través de la cual impuso a Triple S Salud una multa administrativa de \$2,250.00, por violaciones a los Artículos 30.050 y 30.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, así como a los Artículos 5 (C)(2)(3), 9 y 12 de la Regla Núm. 73 del Reglamento Núm. 6559.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> *Íd.*, págs. 1-9.

<sup>5</sup> El referido Artículo 9 lee como sigue:

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud que no cumpla con el término para el pago de una Reclamación según dispuesto en el Artículo 5 de esta Regla o con el término que fuere acordado entre las partes mediante contrato, si fuere menor, vendrá obligado al pago de intereses desde el día siguiente a la expiración de dicho término hasta el momento en que se emita el pago, siempre y cuando dicho pago sea enviado al Proveedor Participante dentro de los próximos tres (3) días laborables de haber sido emitido. De no ser enviado en dicho término, los intereses serán computados hasta la fecha en que el proveedor reciba el pago correspondiente.

Los intereses serán computados a base del interés legal prevaleciente al momento en que se debió haber efectuado el pago, según fijado por el

Posteriormente, la OCS dejó sin efecto los señalamientos relacionados a dos (2) de las tres (3) reclamaciones objeto de la *Orden*, por lo que solo subsistió una multa administrativa de \$750.00.<sup>6</sup>

Tras varios trámites, el 23 de septiembre de 2021, la OCS instó una *Solicitud de Resolución Sumaria*.<sup>7</sup> Adujo que en la causa de autos no existía controversia de hechos y que lo único que restaba era aplicar el derecho, por lo cual el caso se podía resolver sumariamente. Triple S Salud se opuso a dicho petitorio.<sup>8</sup> En su comparecencia, presentó una lista de los hechos materiales de los cuales entendía que no existía controversia. Esencialmente, alegó que la polémica trazada por la OCS constituía cosa juzgada. Arguyó que las partes litigaron previamente la controversia sobre el efecto que tenía que los proveedores presentaran querellas de pago puntual sin seguir el procedimiento interno establecido por el asegurador.<sup>9</sup> Añadió que la OCS no pudo demostrar, mediante documentos admisibles en evidencia, que: (1) las reclamaciones procedían para pago; (2) aplicaban los términos de pago puntual; (3) que Triple S Salud incumplió con dichos términos y (4) que la gestión del proveedor constituyó la presentación de una querrella de pago puntual. En suma, coligió que no procedía, en derecho, resolver sumariamente el caso.

Así las cosas, el 25 de abril de 2022, el Comisionado de Seguros emitió la *Resolución* que hoy revisamos.<sup>10</sup> Mediante la

---

Comisionado de Instituciones Financieras. Igualmente, las Reclamaciones que hayan sido objetadas erróneamente como no procesables para pago y no se hayan pagado dentro del término dispuesto en el Artículo 5 de esta Regla o en el contrato, si el término fuese menor, devengarán intereses según se dispone en este Artículo.

<sup>6</sup> Apéndice del recurso, págs. 1-9.

<sup>7</sup> Apéndice del recurso, págs. 14-39.

<sup>8</sup> *Íd.*, págs. 40-59.

<sup>9</sup> Trajo a la atención del Comisionado de Seguros la *Resolución* del 11 de febrero de 2021, en el caso contra Triple S Salud PP-2019-24. Lo anterior, relacionado a una solicitud de intervención presentada por Medscan.

<sup>10</sup> Apéndice del recurso, págs. 70-92.

misma, confirmó las violaciones imputadas a Triple S Salud y la multa administrativa.

En relación con el planteamiento de cosa juzgada, el Comisionado explicó que, luego de examinar los dictámenes en los casos PP-2019-24 y PP-2020-22 enmendado, existía identidad de partes y la calidad en que lo fueron. Sin embargo, subrayó que, en el caso PP-2019-24, el Comisionado de Seguros determinó dejar sin efecto el dictamen porque el proveedor presentó su solicitud de revisión en dos (2) fechas distintas, desconociendo la razón para ello y no obrando en el expediente prueba o explicación sobre dicho proceder. Expresó que en aquella ocasión no se resolvió en los méritos la controversia sobre el buzón del asegurador. Por tanto, decretó que no aplicaba la doctrina de cosa juzgada.

Por otra parte, el Comisionado afirmó que, en efecto, Triple S Salud estableció un procedimiento interno sobre la presentación y trámite de las solicitudes de revisión de pago puntual presentadas por los proveedores de servicios de salud, el cual estaba recogido en la Carta Circular #M1511202 enviada en el 2015. El Comisionado de Seguros esbozó que el proveedor presentó la solicitud de revisión de pago puntual y esta fue recibida por Triple S Salud, el 14 de septiembre de 2018, conforme el ponche de dicho documento. Razonó que esta era la fecha en que comenzó a transcurrir el término de 30 días aplicables para que Triple S Salud resolviera la querrela en cuestión, pero no lo hizo. **Añadió que la aseguradora tenía que tomar las medidas internas necesarias correspondientes para cumplir a cabalidad con las disposiciones de ley aplicables, a los fines de resolver todas las querellas que reciba en el término dispuesto para ello.** El Comisionado de Seguros adujo que la sanción de \$750.00 era razonable y se encontraba dentro de la facultad concedida a la OCS por el Art. 30.080 del Código de Seguros, por lo que procedía la confirmación

de las violaciones imputadas a Triple S Salud. Además, concluyó que la aseguradora no pagó la reclamación concernida en el término dispuesto para ello.<sup>11</sup> (Énfasis nuestro).

Inconforme con lo resuelto, Triple S Salud solicitó reconsideración, sin éxito, por lo cual, el 30 de junio de 2022 presentó ante nos el recurso de revisión judicial de epígrafe. En este alega que el Comisionado de Seguros erró:

[A]l determinar que el Asegurador (Triple S) no resolvió la Solicitud de Revisión de Pago Puntual del Proveedor dentro de 30 días contados a partir de 14 de septiembre de 2018 y, por ende, hallarla incurso en violación del Art. 12 de la Regla LXXIII del Reglamento 6559, cuando en realidad el Proveedor nunca cumplió con el procedimiento administrativo establecido por el Asegurador (Triple S) en la Carta Circular #M1511202 de 30 de noviembre de 2015.

El 10 de agosto de 2022, la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, por conducto de la Oficina del Procurador General, instó su alegato. Con el beneficio de la comparecencia de todas las partes, resolvemos.

## II.

### A.

Sabido es que, dado a que las decisiones administrativas están cobijadas por una presunción de legalidad y corrección, estas merecen deferencia por parte de los tribunales apelativos. *Graciani Rodríguez v. Garage Isla Verde*, 202 DPR 117 (2019); *Vélez v. A.R.P.E.*, 167 DPR 684, 693 (2006); *Otero v. Toyota*, 163 DPR 716, 727 (2005). **Al evaluar la decisión de una agencia, el tribunal debe determinar si ésta actuó de forma arbitraria, ilegal o irrazonable, constituyendo sus actuaciones un abuso de discreción. El criterio rector es la razonabilidad de la agencia**

---

<sup>11</sup> También determinó que la aseguradora no pagó los intereses legales correspondientes cuando emitió el pago de cierta reclamación en noviembre de 2018.

**recurrida.** *García Reyes v. Cruz Auto Corp.*, 173 DPR 870, 892 (2008). (Énfasis nuestro).

De igual forma, al momento de evaluar una decisión administrativa debemos tomar en consideración, no solo la especialización y experiencia de la agencia sobre las controversias que tuviera ante sí, sino que también debemos distinguir entre cuestiones relacionadas a la interpretación de las leyes —donde los tribunales somos los especialistas— y aquellos asuntos propios para la discreción o pericia administrativa. *García Reyes v. Cruz Auto Corp.*, supra, pág. 892. Véanse, además, *Super Asphalt v. AFI y otros*, 206 DPR 803 (2021); *Capó Cruz v. Jta. Planificación*, 204 DPR 581 (2020); *Román Ortiz v. OGPe*, 203 DPR 947 (2020).

Al aplicar el criterio de razonabilidad y deferencia se ha dispuesto por la jurisprudencia que los foros apelativos no debemos intervenir con las determinaciones de hechos que las agencias formulan, si las mismas están sostenidas por evidencia sustancial que obre en el expediente administrativo.<sup>12</sup> Bajo dicho escenario, los foros apelativos debemos sostenerlas. Sec. 4.5 de la Ley Núm. 38-2017, conocida como *Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico*, 3 LPRa sec. 9601 et seq. (LPAU). Véase también, *Asoc. Vec. H. San Jorge v. U. Med. Corp.*, 150 DPR 70, 75 (2000).

Del mismo modo, las conclusiones de derecho y las interpretaciones que realizan las agencias sobre la ley que le corresponde administrar, a pesar de ser revisables en toda su extensión, deben sostenerse a nivel apelativo si estas son razonables, aunque haya alguna otra interpretación igualmente

---

<sup>12</sup> Evidencia sustancial es aquella evidencia relevante que una mente razonable podría aceptar como adecuada para sostener una conclusión. *Otero v. Toyota*, supra, a la pág. 728.

adecuada. *P.R.T.C. v. J. Reg. Tel. de P.R.*, 151 DPR 269, 283 (2000); *Misión Ind. P.R. v. J.P.*, 146 DPR 64, 133 (1998).

Ahora bien, debemos puntualizar que —dado al hecho de que las resoluciones de los organismos administrativos se presumen correctas— quien impugne la misma tiene el peso de la prueba, por lo que deberá presentar evidencia suficiente para derrotar la presunción que estas poseen. *Pacheco v. Estancias*, 160 DPR 409, 431 (2003). De lo anterior, surge claramente que la carga probatoria le corresponde a la parte recurrente, por lo que de incumplir con ella la decisión administrativa deberá ser respetada por el foro apelativo.

#### B.

Con la aprobación de la Ley Núm. 104-2002, conocida como la *Ley de Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud*, según enmendada, 26 LPRA secs. 3001-3009, (Ley de Pago Puntual o Ley Núm. 104-2002), la Asamblea Legislativa creó el Capítulo 30 del Código de Seguros, a los fines de cumplir con la responsabilidad trascendental del Estado de “garantizar el acceso [a] y velar por el ofrecimiento eficiente de servicios de salud”.<sup>13</sup> La aludida Ley implementó un mecanismo para facilitar el cobro de los servicios prestados por los proveedores para fomentar su participación en los distintos planes de cuidado y procurar la prestación de servicios de calidad. Ello, para proteger, en primer lugar, a los pacientes beneficiarios de seguros de salud y promover una sana relación entre los proveedores y las aseguradores u organizaciones de servicios de salud.

En armonía con lo anterior, el Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, establece lo concerniente a las reclamaciones no procesables para pago:

---

<sup>13</sup> Exposición de Motivos de la Ley de Pago Puntual.



El asegurador u organización de servicios de salud notificará a los proveedores participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago dentro del término de treinta (30) días calendario, luego de recibida la reclamación. La notificación indicará claramente las razones por las cuales el asegurador u organización de servicios de salud considera que la reclamación no es procesable para pago, indicando los documentos o información adicional que deba someterse para que pueda procesarse.

**Desde la fecha en que el asegurador u organización de servicios de salud reciba una reclamación sometida por el proveedor participante, decursan simultáneamente dos (2) términos, uno de treinta (30) días para el pago de reclamaciones procesables, según lo establece el Artículo 30.030 de este capítulo, y otro de treinta (30) días para que el asegurador u organización de servicios de salud envíe la notificación de reclamación no procesable para pago al proveedor participante.** Aquella reclamación o parte de la reclamación, no objetada por el asegurador u organización de servicios de salud, dentro del término de treinta (30) días, antes indicado, se considerará una reclamación procesable. Dicho acto conlleva la no interrupción del término, antes indicado, de treinta (30) días para el pago de reclamaciones. La notificación errónea de reclamaciones no procesables no interrumpirá el término de treinta (30) días para el pago, debiendo proceder el asegurador u organización de servicios de salud a pagar la cantidad reclamada, más los intereses, según lo dispuesto en los Artículos 30.060 y 30.070 de este capítulo.

26 LPRA sec. 3004. (Énfasis nuestro).

De otro lado, el Artículo 5(C)(2)(3) de la Regla Núm. 73 del Reglamento Núm. 6559, denominado *Normas para Regular el Pago Puntual de Reclamaciones a los Proveedores de Servicios de Salud*, según enmendado, establece los términos para la presentación y pago de una reclamación procesable para pago.<sup>14</sup> En lo pertinente, este lee como sigue:

A. [...]

B. El plazo de treinta (30) días calendario (o aquél otro término menor establecido por mutuo acuerdo entre las partes) para pagar una Reclamación empieza a transcurrir al recibirse la Reclamación del Proveedor Participante en la dirección indicada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, a tenor con el Artículo 7 de esta Regla, independientemente de que sea la dirección del

<sup>14</sup> El Reglamento Núm. 8197 enmendó la Regla 73 del Reglamento Núm. 6559.

Asegurador, la Organización de Servicios de Salud o de la Entidad procesadora de pago designada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud para recibir las Reclamaciones. Para propósitos de determinar el cumplimiento con el plazo del pago de Reclamaciones, el pago se considerará hecho en la fecha de:

- (1) el matasellos, si el pago de la Reclamación se envía por correo regular o certificado mediante acuse de recibo;
- (2) la transmisión electrónica, si el pago de Reclamación se hace electrónicamente;
- (3) la entrega del pago de la Reclamación por un servicio comercial de entrega; o
- (4) el recibo por el Proveedor Participante, si el pago de la Reclamación se hiciera por mensajero o a la mano.

C. Luego de recibir una reclamación, el asegurador u organización de servicios de salud deberá:

- (1) pagar la totalidad de la Reclamación procesable para pago dentro del término dispuesto en el inciso B de este Artículo o según dispuesto en el contrato con el Proveedor Participante, si fuera un plazo menor;
- (2) objetar, por escrito o por medios electrónicos y dentro del término de treinta (30) días calendario, contado a partir del recibo de la reclamación indicando claramente las razones por las cuales el asegurador u organización de servicios de salud considera que la reclamación no es procesable para pago, ya sea porque no existe responsabilidad de pago o porque los documentos o información necesaria para dicho pago no fueron incluidos.

Dentro de los siguientes veinte (20) días calendario de haber recibido del asegurador u organización de servicios de salud la notificación de la objeción, el proveedor participante deberá responder a la misma. La omisión a responder a la objeción se entenderá como una admisión del proveedor participante a los señalamientos notificados. Una vez el proveedor participante someta la información o documentación requerida, el asegurador u organización de servicios de salud deberá proceder al pago de la reclamación dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al recibo de la información o documentación.

Disponiéndose, sin embargo, que la objeción errónea de una reclamación, por parte del asegurador u organización de servicios de salud, no interrumpirá el término de los treinta (30) días calendario para el pago, debiendo proceder el asegurador u organización de servicios de salud

a pagar la cantidad reclamada más los intereses correspondientes por cualquier término en exceso de dichos treinta (30) días, según dispuesto en el Artículo 9 de esta Regla.

- (2) pagar, dentro del término de treinta (30) días calendario, la porción de la Reclamación que sea procesable para pago y objetar el restante de la Reclamación, por escrito o por medios electrónicos, dentro del término de treinta(30) días calendario, contado a partir de la fecha del recibo de la Reclamación, cuando se determine que dicho restante no es procesable para pago, ya sea porque no existe responsabilidad de pago o porque no se sometieron los documentos o la información necesaria para procesar el pago. En estos casos, se seguirá lo dispuesto en el anterior inciso (2).

[...]

Asimismo, el Artículo 12 de la Regla Núm. 73 del Reglamento Núm. 6559 explica lo siguiente en cuanto a las querellas y solicitudes de investigación:

**Todo asegurador u organización de servicios de salud deberá establecer un procedimiento administrativo interno para atender todas las querellas que surjan bajo las disposiciones del Capítulo 30 del Código.** El procedimiento administrativo interno para la resolución de las querellas deberá incluir la designación de un Comité de Querellas, compuesto por no menos de tres (3) miembros designados a discreción del Asegurador u Organización de Servicios de Salud. **Las querellas deberán ser resueltas por el Comité de Querellas en un término no mayor de treinta (30) días calendario.**

Los Proveedores Participantes deberán agotar los procesos administrativos internos del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, antes de poder solicitar la intervención de la Oficina del Comisionado de Seguros. No obstante, el proceso administrativo interno utilizado por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud para atender la querella presentada por el Proveedor Participante no podrá utilizarse con el propósito de dilatar el cumplimiento con los términos aplicables establecidos en el Capítulo 30 del Código y esta Regla. Cualquier Proveedor Participante que tenga razones para creer que un Asegurador u Organización de Servicios de Salud que está sujeto a las disposiciones de esta Regla, ha actuado en violación de las normas establecidas por esta Regla, podrá solicitar a la Oficina del Comisionado de Seguros, luego de agotar el proceso administrativo interno del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, una investigación de tal situación y tendrá a su disposición todas las acciones y remedios provistos por el Código, su Reglamento y por cualesquiera otra regla de la Oficina del Comisionado

de Seguros. La parte adversamente afectada por la determinación de la Oficina del Comisionado de Seguros tendrá a su disposición las acciones y remedios provistos por el Código, su Reglamento y por la Ley Núm. 170, supra.

(Énfasis nuestro).

C.

El 30 de noviembre de 2015, Triple S Salud remitió a todos los proveedores participantes de su red la Carta Circular #M1511202.<sup>15</sup>

Ello, con el propósito de notificar cambios al procedimiento administrativo para resolver querellas bajo la Ley de Pago Puntual.

Esta misiva expone:

La Ley Núm. 104 del 19 de julio de 2002, mejor conocida como la “Ley de Pago Puntual”, tiene el fin de reglamentar los términos dentro de los cuales las compañías aseguradoras y las organizaciones de servicios de salud en Puerto Rico, deben pagar las reclamaciones por los servicios de salud que prestan sus proveedores participantes. La Regla Núm. 73, de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, por su parte, requiere a las aseguradoras y a las organizaciones de servicios de salud, entre otras cosas, que tengan un procedimiento interno para considerar controversias traídas por los proveedores participantes, al amparo de la Ley de Pago Puntual.

En atención a ello, y para uniformar los procedimientos internos, exponemos las guías que debe seguir el proveedor, conforme a las disposiciones de ley aplicables. Las mismas regirán al momento en que el proveedor vaya a radicar una querrela para el pronto pago de los servicios provistos a nuestros asegurados. El Apéndice 1 incluye un resumen de los términos a seguir, en los procesos que se describen en esta Carta Circular.

En la referida Carta Circular se expuso que las reclamaciones que cualifican para ser evaluadas bajo la Ley de Pago Puntual son las siguientes:

1. Reclamaciones que hayan sido pagadas o denegadas luego de 30 días calendario desde la fecha de recibidas en Triple-S Salud;
2. Reclamaciones enviadas para ajuste dentro de 20 días calendario a partir de la denegación o el pago de la misma, y que Triple-S Salud responda posterior a 30 días calendario a partir del recibo del ajuste;

---

<sup>15</sup> Apéndice del recurso, págs. 52-55.

[...]

La Carta Circular también definió las reclamaciones que no cualifican para el mencionado procedimiento.

Para evaluar las querellas que surjan, se utiliza el siguiente procedimiento administrativo en Triple S Salud, el cual está en vigor desde el 1 de enero de 2009:

[...]

6. **Si no está de acuerdo con la determinación de Triple-S Salud, puede utilizar el formulario de Solicitud de Reconsideración de Pago Puntual, incluyendo documentos que apoyen su apelación (ver Apéndice 4). Esta Solicitud de Reconsideración de Pago Puntual deberá ser entregada en el Departamento de Relaciones Profesionales, ubicado en el piso G del edificio principal en la Avenida F.D. Roosevelt, no más tarde de veinte (20) días calendario desde el recibo de la determinación de Triple-S Salud.**
7. Triple-S Salud contestará por escrito la Solicitud de Reconsideración de Pago Puntual no más tarde de treinta (30) días calendario, los cuales serán contados desde el día que se recibe la petición en las oficinas de Triple-S Salud. La notificación de la determinación será final e indicará los fundamentos de la corporación en los cuales se apoya la determinación.
8. De ser necesario, se citará por escrito al proveedor participante a las oficinas de Triple-S Salud para aclarar dudas u orientarlo.

Incluimos la nueva Solicitud de Revisión de Pago Puntual; sus peticiones deben venir acompañadas con toda la documentación necesaria para la evaluación correspondiente.

A partir del 1 de enero de 2016 se requerirá utilizar los formularios que se incluyen en esta carta (Apéndices 2 y 4). De no utilizarlos, la petición se devolverá al momento de enviar el Acuse de Recibo de Pago Puntual junto con todo documento sometidos por el proveedor. **Puede entregar sus solicitudes personalmente en el Departamento de Relaciones Profesionales, ubicado en el piso G del edificio principal de Triple-S Salud en la Avenida F.D. Roosevelt o enviarlas a la siguiente dirección: Revisión Pago Puntual Departamento de Relaciones Profesionales Triple-S Salud, Inc., PO Box 363628, San Juan, PR, 00936-3628.** (Énfasis nuestro).

## III.

En la presente causa, la recurrente alega que el Comisionado de Seguros incidió al sostener que infringió varios artículos del Código de Seguros y el Reglamento Núm. 6559, y consecuentemente, resolver que procede la multa administrativa de \$750.00. Asegura que el proveedor incumplió con el procedimiento administrativo interno, por lo cual nunca se perfeccionó una solicitud de revisión de pago puntual y no comenzó a transcurrir el termino aplicable para resolverla. Asimismo, plantea que diseñó un procedimiento administrativo al amparo de la facultad concedida por ley, con el objetivo de que, al requerir que este tipo de solicitud sea entregada en una oficina en específico, se puede garantizar el recibo, evaluación y resolución oportuna de éstas dentro del término aplicable. Esboza que el Comisionado de Seguros actuó arbitraria y caprichosamente al no darle justo valor probatorio a dicho procedimiento. Discute que no bastaba que el proveedor depositara la solicitud equivocadamente en el buzón de ajuste, sino que este debió entregarla en la oficina designada para ello, ya fuese por correo regular o personalmente. En fin, razona que el Comisionado de Seguros no debió intervenir en este caso.

A su vez, el recurrente levanta el argumento de cosa juzgada, pues entiende que la OCS previamente resolvió el asunto de la presentación de una solicitud de revisión de pago puntual en un buzón equivocado.

Por su parte, la OCS está de acuerdo con la decisión recurrida que confirmó la multa administrativa impuesta a Triple S Salud. Arguye que la prueba documental que tuvo ante sí el Comisionado de Seguros demostró que la aseguradora pagó la reclamación presentada por el proveedor tardíamente, en contravención con las disposiciones del Código de Seguros y el Reglamento aplicable.

Añade que no existe controversia en torno a que Triple S Salud no contestó la reclamación concernida dentro del término dispuesto para ello. Aduce que el argumento de que la solicitud no fue recibida en el área designada no debe ser avalado, pues, evidentemente la solicitud fue presentada el 14 de septiembre de 2018 mediante el formulario correcto, independientemente del buzón donde se haya depositado. Además, razona que Triple S Salud conocía o debía conocer que la solicitud se trataba de una revisión al amparo de la Ley de Pago Puntual, por lo que debió tramitarla como tal. Sostiene que la aseguradora no puede evadir su responsabilidad mediante una reclasificación unilateral de la queja por haberse erradamente depositado en el buzón de ajuste.

Luego de analizar el expediente, los escritos de las partes y las circunstancias del caso, entendemos que no le asiste la razón a la recurrente. La determinación del Comisionado de Seguros se sostiene, al ser razonable y estar apoyada por la evidencia que contiene el expediente administrativo.

En cuanto al argumento de la recurrente sobre la aplicación de la doctrina de cosa juzgada, estamos de acuerdo con la determinación del Comisionado de Seguros. En la *Resolución* del caso PP-2019-24, dictada el 11 de febrero de 2021, no se resolvió en los méritos el asunto del depósito de una solicitud de revisión de pago puntual en un buzón incorrecto.

De otro lado, es incontrovertible que, el 14 de septiembre de 2018, el proveedor instó la queja sobre pago puntual en las facilidades de Triple S Salud. Así lo evidencia el ponche de dicho escrito. Por tanto, no podemos avalar lo propuesto por la recurrente, simplemente porque el documento no se registró en el buzón del Departamento de Relaciones Profesionales, ubicado en el piso G del edificio principal en la Avenida F.D. Roosevelt. Máxime, cuando la solicitud se presentó en ese mismo edificio. Una equivocación en el

depósito del buzón regular de ajuste y no directamente en la recepción de Relaciones Profesionales no debe servir de pretexto para catalogar el documento como uno de ajuste, a pesar de que evidentemente se trataba de uno fundamentado en la Ley de Pago Puntual, *supra*. Ante ello, era imprescindible que la aseguradora, una vez advino en conocimiento de la solicitud presentada por el proveedor, realizara los trámites internos pertinentes para hacerlo llegar a la oficina designada y ejerciera su obligación de atenderla oportunamente. El no obrar de esa manera ocasionó que pagara tarde la reclamación concernida.<sup>16</sup>

Así las cosas, la disconformidad de la recurrente con la decisión del Comisionado de Seguros no alcanza para que revoquemos la *Resolución* refutada. Dicho pronunciamiento propicia el pago oportuno a los proveedores. A su vez, promueve la estabilidad en los servicios ofrecidos y en nuestro sistema de salud. Ello, a tenor con los objetivos de la Ley de Pago Puntual, *supra*.

En virtud de lo antes expuesto, concluimos que la recurrente no logró derrotar la presunción de corrección que ostentan las decisiones administrativas, ni tampoco nos persuadió a alejarnos de la norma de deferencia que estas merecen.

#### IV.

Por los fundamentos antes expresados, se confirma la *Resolución* recurrida.

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

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

---

<sup>16</sup> *Íd.*, págs. 34-37.