

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL VII

<p>CENTRO MÉDICO DEL TURABO, INC. H/N/C HOSPITALES HIMA SAN PABLO</p> <p>DEMANDANTE-APELADO</p> <p>V.</p> <p>TRIPLE-S SALUD, INC.; TRIPLE-S ADVANTAGE, INC.</p> <p>DEMANDADOS-APELANTES</p>	<p>KLAN202300555</p> <p>Consolidado con:</p>	<p><i>APELACIÓN</i> procedente del Tribunal de Primera Instancia Sala de San Juan</p> <p>Caso Núm. SJ2023CV04899 (904)</p> <p>Sobre: Entredicho Provisional, <i>Injunction</i> Preliminar y Permanente, Sentencia Declaratoria y Daños y Perjuicios</p>
<p>CENTRO MÉDICO DEL TURABO, INC. H/N/C HOSPITALES HIMA SAN PABLO</p> <p>DEMANDANTE-APELANTE</p> <p>V.</p> <p>TRIPLE-S SALUD, INC.; TRIPLE-S ADVANTAGE, INC.</p> <p>DEMANDADOS-APELADOS</p>	<p>KLAN202300661</p>	<p><i>APELACIÓN</i> procedente del Tribunal de Primera Instancia Sala de San Juan</p> <p>Caso Núm. SJ2023CV04899 (904)</p> <p>Sobre: Entredicho Provisional, <i>Injunction</i> Preliminar y Permanente, Sentencia Declaratoria y Daños y Perjuicios</p>

Panel integrado por su presidenta, la Juez Ortiz Flores, la Juez Brignoni Mártir y el Juez Candelaria Rosa

Brignoni Mártir, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 20 de septiembre de 2023.

El 15 de junio de 2023 el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan (TPI) emitió una *Sentencia Parcial* mediante la cual desestimó la *Demanda* instada por el Centro Médico del Turabo Inc. h/n/c Hospitales HIMA San Pablo (HIMA) en contra de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud). A su vez, expidió un *injunction* preliminar contra Triple-S Advantage, Inc. (Triple-S Advantage) ordenándole mantener vivo el

contrato de Medicare Advantage suscrito con HIMA hasta tanto cumpliera con cierto procedimiento establecido mediante reglamentación federal.

Triple-S Advantage presentó una *Apelación* solicitando que dejemos sin efecto el *injunction* preliminar que le ordena mantener vigente el contrato de Medicare Advantage.¹ Con posterioridad, HIMA presentó un recurso de *Apelación* peticionando que revoquemos la determinación desestimando la demanda en contra de Triple-S Salud.² **Tratándose de dos recursos que plantean errores en una misma sentencia, decidimos consolidarlos de conformidad con la facultad que nos concede la Regla 17 de nuestro Reglamento, 4 LPRA Ap. XXII-B.**

Por los fundamentos que expondremos a continuación revocamos en parte y confirmamos en parte la sentencia parcial apelada.

I

Triple-S Salud es una aseguradora que ofrece seguro de plan médico a sus afiliados bajo su línea comercial y Triple-S Advantage es una organización contratada por Medicare para ofrecer seguro de plan médico a sus afiliados bajo su línea Advantage. El 1 de junio de 2022, HIMA suscribió un contrato con Triple-S Salud titulado *Triple-S Salud, Inc. Participating Provider Agreement for Hospitals* (en adelante contrato para la línea comercial) y un contrato con Triple-S Advantage titulado *Triple-S Advantage, Inc. Participating Provider Agreement for Hospitals* (en adelante contrato Medicare Advantage). En ambos se comprometió a ofrecer a los pacientes afiliados a ambos planes médicos servicios hospitalarios en sus facilidades en Caguas, Bayamón, Fajardo y Humacao.

En la sección 16.1 de ambos contratos se indica que el acuerdo sería efectivo por un (1) año, desde el 1 de junio de 2022, hasta el 31 de mayo de 2023, pero se renovará automáticamente por un periodo adicional de un (1) año a menos que cualquiera de las partes notifique por escrito su

¹ KLAN202300555 presentado el 26 de junio de 2023.

² KLAN202300661 presentado el 31 de julio de 2023.

intención de no renovar con al menos 60 días de anticipación a la fecha de terminación.³

El 31 de marzo de 2023, Triple-S notificó a HIMA, mediante carta certificada con acuse de recibo, que ejercía su derecho a no renovar el contrato como proveedor participante según dispuesto en la sección 16.1 del contrato.⁴ De acuerdo con la notificación el contrato cesaría su vigencia el 31 de mayo de 2023.

El 23 de mayo de 2023, HIMA instó una *Demanda Jurada* contra Triple-S Salud y Triple-S Advantage (en adelante codemandadas) sobre entredicho provisional, *injunction* preliminar y permanente, sentencia declaratoria, y daños por violar el principio de la buena fe contractual. Acompañó su demanda con varios documentos en apoyo a sus alegaciones tales como la Notificación de No Renovación, el contrato suscrito con Triple-S Salud para la línea comercia y el contrato suscrito con Triple-S Advantage para la línea Medicare Advantage.

En lo aquí pertinente HIMA solicitó *injunction* preliminar y permanente para que se dejara sin efecto la notificación de no renovación de los contratos toda vez que los pacientes verían afectados sus servicios hospitalarios y le causaría a HIMA un daño irreparable pues no tenía otro remedio en ley disponible para mantener el *status quo* mientras se dilucida el pleito.

A su vez, pidió se dictara sentencia declaratoria declarando nula la notificación de no renovación y decretando la renovación automática del contrato, pues a su juicio, la sección 16.1 del contrato no puede ser invocada para un fin ilícito y contrario al orden público como el de represalia. Planteó que la determinación de no renovación se emitió en

³ Véase *Apéndice* del recurso de *Apelación* de Triple-S, págs. 91 y 269.

This Participating Provider Agreement will be effective as of 6/1/22 and, unless previously terminated in accordance with the terms herein, will remain in full force and effect for a period of (1) year, ending on 5/31/23 ("Initial Term"). Thereafter, this Participating Provider Agreement shall automatically renew for subsequent one (1) year term (each a "Renewal Term"), unless either Party notifies the other in writing its intention not to renew, no less than sixty (60) days before the expiration of the initial Term or then-current Renewal Term.

⁴ Véase *Demanda Jurada* de HIMA y *Notificación de No Renovación de Contrato* en el *Apéndice* del recurso de *Apelación*, págs. 2-3 y 31-32.

represalia a las múltiples reclamaciones judiciales que radicó en contra de las codemandadas por cobro de servicios hospitalarios no pagados y a la investigación solicitada en su contra ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Indicó, además que en virtud del Art. 19.150 (8) del Código de Seguros de Puerto Rico, *infra*, ninguna organización Medicare Advantage puede cancelar o terminar un contrato con un proveedor de salud sin mediar justa causa.

Finalmente, alegó que las codemandadas violaron el principio de la buena fe contractual al no renovar el contrato por represalias, por lo que exigió la suma de \$130,000,000 como indemnización por los daños ocasionados.

El TPI denegó el entredicho provisional solicitado. Sin embargo, señaló vista a celebrarse el 30 de mayo de 2023 ⁵ mediante videoconferencia, para determinar la procedencia de los otros remedios.

Previo a la vista las codemandadas presentaron de manera conjunta una *Moción de Desestimación* al amparo de la Regla 10.2 (5) Procedimiento Civil alegando en esencia que la demanda no exponía una reclamación que justifique la concesión de un remedio por cuanto el contrato permite expresamente la no renovación con meramente notificar por escrito la intención de no renovar con sesenta (60) días de antelación a la expiración. Sostuvo además que el Art. 19.150 del Código de Seguros invocado por HIMA, sobre terminación de contratos sin justa causa, fue declarada inconstitucional por el Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico, lo que a su vez fue confirmado por el Tribunal de Apelaciones para el Primer Circuito de Estados Unidos en el caso *Medicaid and Medicare Advantage Products Association of Puerto Rico, Inc., et al. v. Domingo Emanuelli-Hernández, et al.* En suma, solicitó que se desestimara la demanda pues de los propios documentos en los que HIMA basó sus alegaciones surge su improcedencia como cuestión de derecho.

⁵ Véase *Orden de mostrar causa y señalamiento de vista*, emitida el 23 de mayo de 2023 en *Apéndice* del recurso de *Apelación* de Triple-S Advantage, pág. 215.

Durante la vista ambas partes expusieron su posición con relación a la solicitud de desestimación. No obstante, el tribunal se reservó su determinación hasta tanto HIMA presentara por escrito su oposición en el término concedido. En su *Oposición a Moción de Desestimación* HIMA alegó en esencia que Triple-S estaba impedido de invocar la sección de no renovación en represalia por reclamar judicialmente el pago de servicios prestados y sin cumplir con los requisitos de Medicare estatuidos en la 42 CFR sec. 422.202, que incluyen notificación fundamentada y vista. Posteriormente, ambas partes sometieron mociones suplementando sus alegaciones a favor y en contra de la desestimación, acompañadas con varios documentos en apoyo.

Luego de varios trámites procesales el TPI emitió la *Sentencia Parcial* apelada el 15 de junio de 2023. En esta desestimó la demanda en contra de Triple-S Salud tras concluir que el contrato para la línea comercial permite la no renovación de éste sin especificar justa causa. Por otro lado, concedió el *injunction* preliminar en contra de Triple-S Advantage con lo cual le ordenó mantener vivo el contrato para la línea Medicare Advantage hasta tanto cumpla con el procedimiento establecido en la 42 CFR sec. 422.202, que requiere justa causa y la celebración de una vista. Con la orden de *injunction* preliminar impuso a HIMA la suma de \$10,000.00 de fianza.⁶

En desacuerdo con el dictamen, Triple-S Advantage presentó una *Apelación*.⁷ En esta petición que dejemos sin efecto el *injunction* preliminar expedido en su contra ya que a su juicio el tribunal *a quo* incidió en lo siguiente:

PRIMER ERROR: EL TPI ERRÓ AL CONCEDER EL INJUNCTION EN CUANTO AL CONTRATO BAJO LA LÍNEA MEDICARE ADVANTAGE CUANDO YA NO TENÍA JURISDICCION, Y ORDENAR REACTIVAR ASI UNA RELACION JURÍDICA QUE HABÍA EXPIRADO 15 DÍAS

⁶ Triple-S solicitó reconsideración de la sentencia el 20 de junio de 2023, más el TPI la declaró *No Ha Lugar* mediante *Resolución* emitida y notificada el 21 de junio de 2023.

⁷ Conjuntamente instó una *Moción en auxilio de jurisdicción* solicitando la paralización de los efectos del *injunction* preliminar concedido mientras se dilucidaba el recurso de apelación. Sin embargo, luego de evaluar la posición de ambas partes denegamos la paralización solicitada mediante nuestra *Resolución* del 26 de junio de 2023.

ANTES DE QUE SE EMITIERA EL INJUNCTION PRELIMINAR.

SEGUNDO ERROR: EL TPI ERRÓ AL CONCLUIR QUE LA SECCIÓN 422.202 DEL TÍTULO 42 DEL CODE OF FEDERAL REGULATIONS REQUIERE JUSTA CAUSA Y LA CELEBRACIÓN DE VISTA PARA LA NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO ENTRE TRIPLE-S ADVANTAGE Y LOS HOSPITALES HIMA SAN PABLO.

TERCER ERROR: EL TPI VIOLÓ EL DEBIDO PROCESO DE TRIPLE-S ADVANTAGE AL CONCEDER EL INJUNCTION EN CUANTO AL CONTRATO BAJO LA LÍNEA MEDICARE ADVANTAGE SIN CELEBRAR LA VISTA EVIDENCIARIA REQUERIDA POR LA REGLA 57 DE LAS DE PROCEDIMIENTO CIVIL, AUTORIZAR IMPLÍCITAMENTE Y CONSIDERAR ENMIENDAS A LAS ALEGACIONES SIN DAR OPORTUNIDAD A QUE LA DEMANDADA LAS CONTESTARA E IMPONER UNA FINAZA MUY POR DEBAJO DE LO QUE SERÍAN LOS DAÑOS DE LA DEMANDADA.

HIMA presentó su *Alegato en Oposición* a la Apelación de Triple-S Advantage.⁸ Posteriormente sometió un recurso de *Apelación* en el que solicita que revoquemos la desestimación de la demanda contra Triple-S Salud pues según intimó, el TPI erró en lo siguiente:

ERRÓ EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL DESESTIMAR LA ACCIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS INSTADA CONTRA TRIPLE-S, SALUD, INC. POR LA TERMINACION DEL CONTRATO DE PROVEEDOR PARA SUS BENEFICIARIOS DE LA LÍNEA COMERCIAL.

El 18 de septiembre de 2023, Triples – S Salud presentó su *Alegato en Oposición* a la apelación de HIMA. Habiendo examinado detenidamente ambos recursos de apelación, sus apéndices y el expediente del caso en SUMAC, estamos en posición de adjudicar las controversias planteadas de conformidad con el marco jurídico que esbozamos a continuación.

II

A. Desestimación al amparo de la Regla 10.2 de Procedimiento Civil

La Regla 10.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, establece que antes de presentar una alegación responsiva, la parte demandada puede instar una moción en la que solicite la desestimación de la demanda instada

⁸ En atención a la solicitud de Triple-S, celebramos una vista oral en la que ambas partes abundaron su posición en cuanto a la aplicación de la regulación federal al contrato en controversia.

en su contra. *Aut. De Tierras v. Moreno & Ruiz Dev. Corp.*, 174 DPR 409, 428 (2008). En lo pertinente, la referida regla dispone que:

Toda defensa de hechos o de derecho contra una reclamación se expondrá en la alegación responsiva excepto que, a opción de la parte que alega, las siguientes defensas pueden hacerse mediante una moción debidamente fundamentada: (1) Falta de jurisdicción sobre la materia; (2) Falta de jurisdicción sobre la persona; (3) Insuficiencia del emplazamiento; (4) Insuficiencia del diligenciamiento del emplazamiento; (5) Dejar de exponer una reclamación que justifique la concesión de un remedio; (6) Dejar de acumular una parte indispensable. [...] 32 LPRA Ap. V., R.10.2.

En particular, al adjudicar una moción a base del inciso (5) de la precitada regla los tribunales están obligados a tomar como ciertos todos los hechos bien alegados en la demanda y, a su vez, considerarlos de la forma más favorable a la parte demandante. *López García v. López García*, 200 DPR 50, 69 (2018). Es decir, el tribunal debe tomar como ciertos los hechos en la demanda que hayan sido aseverados de manera clara y concluyente, y que de su faz no den margen a dudas. *Accurate Sols. V. Heritage Environmental*, 193 DPR 423, 433 (2015); *Aut. Tierras v. Moreno & Ruiz Dev. Corp.*, 174 DPR 409, 428 (2008). Ello es así ya que, lo que se ataca con esta moción es un vicio intrínseco de la demanda, no los hechos aseverados. *Íd.*

Entonces, para que proceda una moción de desestimación, la parte demandada tiene que demostrar de forma certera que el demandante no tiene derecho a remedio alguno bajo cualquier estado de Derecho que se pueda probar en apoyo a su reclamación, aun interpretando la demanda lo más liberalmente a su favor. (Citas omitidas). *López García v. López García*, supra. Esta doctrina se aplica solamente a los hechos bien alegados y expresados de manera clara y concluyente, que de su faz no den margen a dudas. *Pressure Vessels P.R. v. Empire Gas P.R.*, 137 DPR 497, 505 (1994). No obstante, la desestimación no procede si la demanda es susceptible de ser enmendada. *Accurate Sols. V. Heritage Environmental*, supra. En atención a lo anterior, en nuestro ordenamiento se considera que solo en casos extremos, se debe privar a un demandante de su día en corte. *Íd.*

B. Autonomía contractual

En nuestro ordenamiento rige el principio de la libertad de contratación o la autonomía de la voluntad. *Coop. Sabaneña v. Casiano Rivera*, 184 DPR 169, 173 (2011); *De Jesús González v. A.C.* 148 DPR 255, 263 (1999). Ello quiere decir que nadie está obligado a contratar. *PRFS v. Promoexport*, 187 DPR 42, 55 (2012). Este principio se articula en el Art. 1232 del Código Civil, el cual dispone, en lo aquí pertinente, que:

Es facultativo contratar o no hacerlo, y hacerlo, o no, con determinada persona. Estos derechos no pueden ejercerse abusivamente ni contra una disposición legal. Las partes pueden acordar cualquier cláusula que no sea contraria a la ley, a la moral o al orden público. ...
Art. 1232, 31 LPRA sec. 9753.

No obstante, según se reconoce expresamente en el precitado artículo, el principio de libertad de contratación no es absoluto y está sujeto a la intervención de los tribunales si se establecen pactos contrarios a las leyes, a la moral o al orden público. *Coop. Sabaneña v. Casiano Rivera*, supra; *De Jesús González v. A.C.* supra. Es por ello que, independientemente del tipo de contrato que se trate y de la importancia que éste merezca para las partes contratantes, es nulo, y por lo tanto, inexistente un contrato, que resulte contrario a las leyes, a la moral o al orden público. *Aponte Valentín v. Pfizer Pharmaceuticals, LLC*, 208 DPR 263, 300 (2021); *Morales v. Mun. de Toa Baja*, 119 DPR 682, 693 (1987). Ahora bien, cuando un contrato es legal y válido, y no contiene vicio alguno, los tribunales no pueden relevar a una parte de su cumplimiento. *De Jesús González v. A.C.*, supra, pág. 271; *Mercado, Quilinchini v. U.C.P.P.R.*, 143 DPR 610 (1997).

En tanto negocios jurídicos la interpretación de los contratos se rige por el esquema dispuesto en el Art. 354 del Código Civil, a saber:

En la interpretación del negocio jurídico son de aplicación las siguientes reglas:

(a) Se presume que el negocio jurídico se otorga de buena fe;

y

(b) Si el negocio jurídico es unilateral,...

Si los términos de un negocio jurídico bilateral son claros y no dejan duda sobre la intención de las partes, se estará al sentido literal de sus palabras.

Si las palabras parecen contrarias a la intención evidente de las partes, prevalecerá la intención sobre lo expresado.

Para determinar la intención en ambos casos, debe atenderse principalmente a la conducta de la parte, sea coetánea, posterior o aun anterior al otorgamiento del negocio jurídico. Art. 354, 31 LPRA sec. 6342.

Asimismo, las cláusulas de un negocio jurídico deben interpretarse de manera integrada, esto es, las unas por medio de las otras y mediante la atribución del sentido apropiado al conjunto. Art. 356 del Código Civil, 31 LPRA sec. 6344.

C. El *injunction*

El Art. 675 del Código de Enjuiciamiento Civil define el *injunction* como un mandamiento judicial mediante el cual se requiere a una persona que se abstenga de hacer, o de permitir que haga por medio de otras personas bajo su intervención, determinada cosa que infrinja o perjudique el derecho de alguien. 32 LPRA sec. 3521. Se trata de un recurso extraordinario que prohíbe u ordena la ejecución de un acto determinado, acto, con el fin de evitar que se causen perjuicios inminentes o daños irreparables a alguna persona, en casos en los que no hay otro remedio adecuado en ley. *VDE Corporation v. F & R Contractors*, 180 DPR 21, 40 (2010).

El Art. 677 del Código de Enjuiciamiento Civil establece las circunstancias en las que puede concederse un *injunction*:

- (1) Cuando resultare de la petición que el peticionario tiene derecho al remedio solicitado, y dicho remedio, o parte del mismo, consistiere en impedir la comisión o continuación del acto denunciado, bien por un período de tiempo limitado, o perpetuamente.
- (2) Cuando de la petición o de la declaración jurada resultare que la comisión o continuación de algún acto, durante el litigio, habrá de causar pérdidas o daños de consideración o irreparables a alguna de las partes.
- (3) Cuando, durante el litigio, resultare que una de las partes está cometiendo, o amenaza cometer, o que se dispone a cometer, o a procurar o permitir que se cometa, algún acto de contrario a los derechos de otra de las partes, con respecto al asunto en litigio y tendente a hacer que sea ineficaz la sentencia.
- (4) Cuando una compensación pecuniaria no habría de proporcionar adecuado remedio.
- (5) Cuando fuere sumamente difícil precisar la cuantía de la compensación que habría de proporcionar remedio adecuado.
- (6) Cuando la restricción fuere necesaria para impedir una multiplicidad de procedimientos judiciales.

(7) Cuando la obligación naciere de un fideicomiso. 32 LPRA sec. 3523.

En nuestro ordenamiento se reconocen tres tipos de *injunction*, a saber: el entredicho provisional, el *injunction* preliminar y el *injunction* permanente. Nos limitaremos a discutir el *injunction* preliminar por ser el pertinente a esta controversia.

El *injunction* preliminar es el remedio provisional que se emite en cualquier momento de un pleito, después de haberse celebrado una vista en que las partes han presentado prueba en apoyo y en oposición de tal solicitud. *VDE Corporation v. F & R Contractors*, 180 DPR 21, 41 (2010). Su propósito es mantener el *status quo* hasta que se celebre el juicio en sus méritos para que no se produzca una situación que convierta en académica la sentencia que finalmente se dicte al atender la petición de *injunction* permanente, o se le ocasionen daños de mayor consideración al peticionario mientras perdura el litigio. *Íd.*; *Cobos Liccia v. DeJean Packing Co., Inc.*, 124 D.P.R. 896 (1989).

Se ha reconocido que el objetivo de la vista es escuchar a las partes y recibir evidencia para dilucidar hechos en controversia. *Torres Ponce v. Jiménez*, 113 DPR 58, 60 (1982). No obstante, procede dictar un interdicto sin vista mediante sentencia sumaria, cuando no hay hechos en controversias y las partes han tenido amplia oportunidad de presentar sus argumentos. *Íd.*, pág. 62. Véase además José Cuevas Segarra, *Tratado de Derecho Procesal Civil*, segunda edición, Publicaciones JTS, San Juan, Tomo V, pág. 1675-1676 (2011).

La Regla 57.3 de Procedimiento Civil, establece los criterios que el tribunal deberá considerar al decidir si expide un *injunction* preliminar, esto es:

- (a) La naturaleza del daño a que está expuesto la parte peticionaria;
- (b) la irreparabilidad del daño o la inexistencia de un remedio adecuado en ley;
- (c) la probabilidad de que la parte promovente prevalezca;
- (d) la probabilidad de que la causa se torne en académica;
- (e) el impacto sobre el interés público del remedio que se solicita, y

(f) la diligencia y la buena fe con que ha obrado la parte peticionaria.32 LPRA Ap. V.

La concesión de un *injunction* preliminar descansa en el ejercicio de la sana discreción del tribunal, por lo que la decisión que lo ordene no será revocada en apelación a menos que se demuestre que ese foro abusó de su facultad discrecional. *VDE Corporation v. F & R Contractors*, 180 DPR 21, 41 (2010); *E.L.A. v. Asoc. de Auditores*, 147 DPR 669, 680 (1999). A tono con lo anterior, se ha reconocido que la limitación autoimpuesta a los foros apelativos para no intervenir con las determinaciones emitidas por los foros primarios en el ejercicio de su discreción, debe ceder ante actuaciones que demuestren perjuicio o parcialidad, abusos de discreción y equivocaciones en la interpretación o aplicación de cualquier norma. *Umpierre Matos v. Juelle, Mejía*, 203 DPR 254, 275-276 (2019).

De otro lado, la Regla 57.4 de Procedimiento Civil establece que en toda orden de *injunction* preliminar se fijará la prestación de fianza por la parte solicitante, por la cantidad que el tribunal considera justa, para el pago de las costas y daños en que pueda incurrir o que haya sufrido cualquier parte que haya resultado indebidamente puesta en entredicho o restringida. 32 LPRA Ap. V.

D. Programa Medicare Advantage

El programa federal de Medicare, establecido por el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, provee cubierta de seguro de salud a las personas de 65 años o más, entre otros beneficiarios. 42 USC Sec. 1395. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Secretario) administra el programa de Medicare Advantage a través de los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Bajo el programa de Medicare tradicional, Parte A y Parte B, el gobierno federal paga directamente a los proveedores de servicios de salud de acuerdo a un sistema de tarifas establecidas por CMS. 42 USC secs. 1395c-1395w-6.

Sin embargo, la Ley Pública 105-33 aprobada el 5 de agosto de 1997 añadió las secciones 1851 a la 1859 al Título XVIII de la Ley del Seguro

Social para crear una nueva Parte C de Medicare. La Parte C de Medicare, también conocida como Programa Medicare Advantage, permite a los beneficiarios obtener los servicios de salud a través de un plan privado Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés). Para ello CMS contrata con organizaciones privadas denominadas Organizaciones de Medicare Advantage (MAO por sus siglas en inglés).⁹ Las MAO son esencialmente aseguradoras privadas que a su vez contratan con proveedores de servicios de salud para ofrecer a sus afiliados los servicios de Medicare así como beneficios adicionales, tales como, servicios de visión, audición u odontológicos que no eran ofrecidos por el programa de Medicare tradicional. Véase *Medicare Program; Establishment of the Medicare Advantage Program*, 70 Fed. Reg. 4558 (Jan. 28, 2005).

El propósito del programa de Medicare Advantage fue expandir la disponibilidad de opciones de planes médicos privados para los beneficiarios y generar ahorros de costos tanto para el gobierno federal, así como para los asegurados. *Íd.* Este objetivo pretende alcanzarse mediante varias políticas que, entre otras, incluyen la posibilidad de que las MAO negocien directamente con los proveedores de salud los pagos y los términos de contratación en lugar de pagar según las tarifas fijadas por CMS para Medicare tradicional. 42 USC sec. 1395w-23(a); 42 CFR sec. 422.520(b)(2). A esos efectos, las MAO reciben un pago mensual por beneficiario a cambio de proveer cubierta a los asegurados de Medicare Advantage para todos los servicios de salud tradicionales de Medicare así como para servicios de salud adicionales no cubiertos por Medicare tradicional. 42 USC sec. 1395w-23(b).

El novel estatuto incluyó una provisión expresa de campo ocupado que excluye todo intento de regulación por parte de los Estados de los planes Medicare Advantage ofrecidos por las MAO, con solo dos excepciones, leyes estatales sobre licenciamiento y leyes estatales relacionadas con la solvencia del plan. 42 USC sec. 1395w-26(b)(3). Al interpretar la referida

⁹ Denominadas *Medicare+Choice organizations* en la primera versión del estatuto.

provisión el Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico resolvió que las disposiciones introducidas por la Ley Núm.90-2019 a la sección 19.150 del Código de Seguros de Puerto Rico, que prohibían a las MAO acordar con los proveedores tarifas menores a las aceptadas por CMS para Puerto Rico (*mandatory price provision*)¹⁰ y terminar o rescindir contratos con los proveedores sin justa causa (*termination provision*),¹¹ no eran válidas por tratarse de un campo ocupado por la legislación federal. *Medicaid & Medicare Advantage Prod. Ass'n of Puerto Rico, Inc. v. Emanuelli-Hernández*, Civ. No.:19-1940.¹²

La sección 1856(j) del estatuto federal en cuestión estableció una serie de *reglas de participación de proveedores* dirigidas a regular la relación entre los proveedores de servicios de salud y las MAO que incluyen lo siguiente:

(j) Rules regarding provider participation

(1) Procedures

Insofar as a Medicare+Choice organization offers benefits under a Medicare+Choice plan through agreements with **physicians**, the organization shall establish reasonable procedures relating to the participation (under an agreement between a physician and the organization) of **physicians** under such a plan. Such procedures shall include—

- (A) providing notice of the rules regarding participation,
- (B) providing written notice of participation decisions that are adverse to **physicians**, and
- (C) providing a process within the organization for appealing such adverse decisions, including the presentation of information and views of the physician regarding such decision.

(2) Consultation in medical policies

A Medicare+Choice organization shall consult with **physicians** who have entered into participation agreements with the organization regarding the organization's medical policy, quality, and medical management procedures.

(3) Prohibiting interference with provider advice to enrollees

(A) In general

Subject to subparagraphs (B) and (C), a Medicare+Choice organization (in relation to an individual enrolled under a Medicare+Choice plan offered by the organization under this part) shall not

¹⁰ Subinciso 7 de la sección 19.150 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRÁ sec.1915.

¹¹ Subinciso 8 de la sección 19.150 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRÁ sec. 1915.

¹² Esta determinación fue confirmada por el Tribunal de Apelaciones para el Primer Circuito de Estados Unidos. 58 F 4th 5 (1st Circuit, 2023).

prohibit or otherwise restrict a covered health care professional (as defined in subparagraph (D)) from advising such an individual who is a patient of the professional about the health status of the individual or medical care or treatment for the individual's condition or disease, regardless of whether benefits for such care or treatment are provided under the plan, if the professional is acting within the lawful scope of practice. ... 42 USC sec. 1395w-22.

Según surge de la precitada sección, las *reglas de participación de proveedores* incluyen: (1) derecho de los **médicos** a ser notificados de las normas que afecten su participación, (2) derecho de los **médicos** a ser consultados con respecto a las políticas médicas y administrativas de la organización, y (3) prohibición expresa a las MAO de intervenir con la recomendación médica del profesional de la salud a los afiliados. El derecho de notificación a los médicos sobre las normas que afecten su participación incluye: derecho a que se les notifiquen las reglas de participación, derecho a que se les notifique por escrito cualquier decisión adversa, y derecho a que se les ofrezca un proceso de apelación para las decisiones adversas. Véase 42 USC sec. 1395w-22.

En virtud del estatuto la Administración para el Financiamiento del Cuidado de Salud (HCFA por sus siglas en inglés) aprobó la reglamentación necesaria para implementar el Programa de Medicare Advantage, bajo el Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR) sección 422. *Medicare Program; Medicare+Choice Programs*, 65 FR 40170-01; 42 USC sec. 1395hh. En particular, las *reglas de participación de proveedores* se codificaron en la sección 422 del título 42 del CFR.

En lo aquí pertinente, las reglas concernientes al derecho de los médicos a ser notificados de las decisiones que afecten su participación, se codificaron en la sección 422.202 del título 42 del CFR, que dispone lo siguiente:

422.202 Participation procedures

- (a) Notice and appeal rights. An MA organization that operates a coordinated care plan or network MSA plan must provide for the participation of **individual physicians, and the management and members of groups of physicians**, through reasonable procedures that include the following:

- (1) Written notice of rules of participation including terms of payment, credentialing, and other rules directly related to participation decisions.
 - (2) Written notice of material changes in participation rules before the changes are put into effect.
 - (3) Written notice of participation decisions that are adverse to physicians.
 - (4) A process for appealing adverse participation procedures, including the right of physicians to present information and their views on the decision. In the case of termination or suspension of a provider contract by the MA organization, this process must conform to the rules in § 422.202(d).
- (b) Consultation. The MA organization must establish a formal mechanism to consult with the physicians who have agreed to provide services under the MA plan offered by the organization, regarding the organization's medical policy, quality improvement programs and medical management procedures and ensure that the following standards are met:
- (1) Practice guidelines and utilization management guidelines—
 - i. Are based on current evidence in widely used treatment guidelines or clinical literature;
 - ii. Consider the needs of the enrolled population;
 - iii. Are developed in consultation with contracting physicians; and
 - iv. Are reviewed and updated periodically.
 - (2) The guidelines are communicated to providers and, as appropriate, to enrollees.
 - (3) Decisions with respect to utilization management, enrollee education, coverage of services, and other areas in which the guidelines apply are consistent with the guidelines.
- (c) Subcontracted groups. An MA organization that operates an MA plan through subcontracted physician groups must provide that the participation procedures in this section apply equally to physicians within those subcontracted groups.
- (d) Suspension or termination of contract. An MA organization that operates a coordinated care plan or network MSA plan providing benefits through contracting providers must meet the following requirements:
- (1) Notice to physician. An MA organization that suspends or terminates an agreement under which the physician provides services to MA plan enrollees must give the affected individual written notice of the following:
 - i. The reasons for the action, including, if relevant, the standards and profiling data used to evaluate the physician and the numbers and mix of physicians needed by the MA organization.
 - ii. The affected physician's right to appeal the action and the process and timing for requesting a hearing.

- (2) Composition of hearing panel. The MA organization must ensure that the majority of the hearing panel members are peers of the affected physician.
- (3) Notice to licensing or disciplinary bodies. An MA organization that suspends or terminates a contract with a physician because of deficiencies in the quality of care must give written notice of that action to licensing or disciplinary bodies or to other appropriate authorities.
- (4) Timeframes. An MA organization and a contracting provider must provide at least 60 days written notice to each other before terminating the contract without cause. (Énfasis nuestro). 42 CFR 422.202.

Del historial de aprobación del reglamento surge que en el reglamento interino las *reglas de participación de proveedores* fueron extendidas a todos los profesionales de la salud. Véase *Medicare Program; Changes to the Medicare+Choice Programs*, 64 FR 7968-01, 7975. Sin embargo, en el proceso de aprobación del reglamento final, la HCFA aprovechó un comentario público para aclarar que, a los fines de apegarse al texto estricto del estatuto, los derechos de notificación y apelación y los requisitos de consulta solo aplicarían a los **médicos (physicians)** según definido en la sección 1861(r)¹³ del estatuto y no a los proveedores

¹³ (r) physician:

The term "physician", when used in connection with the performance of any function or action, means (1) a doctor of medicine or osteopathy legally authorized to practice medicine and surgery by the State in which he performs such function or action (including a physician within the meaning of section 1301(a)(7) of this title), (2) a doctor of dental surgery or of dental medicine who is legally authorized to practice dentistry by the State in which he performs such function and who is acting within the scope of his license when he performs such functions, (3) a doctor of podiatric medicine for the purposes of subsections (k), (m), (p)(1), and (s) of this section and sections 1395f(a), 1395k(a)(2)(F)(ii), and 1395n of this title but only with respect to functions which he is legally authorized to perform as such by the State in which he performs them, (4) a doctor of optometry, but only for purposes of subsection (p)(1) and with respect to the provision of items or services described in subsection (s) which he is legally authorized to perform as a doctor of optometry by the State in which he performs them, or (5) a chiropractor who is licensed as such by the State (or in a State which does not license chiropractors as such, is legally authorized to perform the services of a chiropractor in the jurisdiction in which he performs such services), and who meets uniform minimum standards promulgated by the Secretary, but only for the purpose of subsections (s)(1) and (s)(2)(A) and only with respect to treatment by means of manual manipulation of the spine (to correct a subluxation) which he is legally authorized to perform by the State or jurisdiction in which such treatment is provided. For the purposes of section 1395y(a)(4) of this title and subject to the limitations and conditions provided in the previous sentence, such term includes a doctor of one of the arts, specified in such previous sentence, legally authorized to practice such art in the country in which the inpatient hospital services (referred to in such section 1395y(a)(4) of this title) are furnished. 42 USC sec.1395x.

(provider)¹⁴ institucionales tales como hospitalares. Del trámite de aprobación reglamentaria surge lo siguiente:

Comment: Noting that the statute generally applies the standards for provider relationships with M+C organizations only to physicians, **four commenters objected to our decision to apply these protections to all health care professionals.** They believe that this expansion contradicts the clear intent of the statute and imposes an unwarranted burden on M+C organizations. Other commenters strongly supported the decision to apply the provider participation rules to both physicians and other health care professionals. **Several commenters requested that the list of providers to whom the participation rules apply be expanded to include institutional providers, such as hospitals,** nursing homes, and Federally qualified community health centers (FQHCs), as well as pharmacies.

Response: As commenters noted, the requirements of sections 1852(j)(1) and (j)(2) of the Act, concerning provider participation procedures and consultation in medical policies, respectively, **apply specifically to plan relationships with physicians.** In the interim final rule, we extended these provisions in §§422.202 and 422.204 of the M+C regulations to include health care professionals other than physicians. The list of health care professionals generally encompassed all licensed, independent practitioners for whom coverage for services could be provided under an M+C plan.

We have carefully reviewed both the statute itself and the comments on this issue. We note that section 1852(j)(3) of the Act, concerning prohibiting interference with provider advice to enrollees, is not limited to physicians but applies to all health care professionals. Thus, an argument can be made that the limited applicability of the provisions in sections 1851(j)(1) and (j)(2) to physicians clearly suggests that the Congress intended to exclude health care professionals other than physicians from the protections of these provisions. Based on this review, we have decided to revise the regulations to comply with the strict statutory construction of these provisions. **Thus, we are revising the appropriate provisions of §§422.202 and 422.204 so that the applicable notice and appeal rights and consultation requirements will apply only to physicians, as defined under section 1861(r) of the Act.**

We recognize that many commenters believe that it is appropriate to extend the statutory provider participation protections to health care professionals other than physicians, and that many States as well as the NCQA have adopted standards that apply these rules to all “practitioners.” Moreover, we continue to believe that section 1856(b)(1) clearly provides the Secretary with the authority to establish these standards. However, **given that the introduction of the M+C provider participation requirements reportedly may prove difficult for many M+C organizations to implement, we have become convinced that the most prudent policy at this time is to limit the applicability of**

¹⁴ La sección 422.2 del título 42 del CFR define proveedor (*provider*) como:

- (1) Any individual who is engaged in the delivery of health care services in a State and is licensed or certified by the State to engage in that activity in the State; and
- (2) Any entity that is engaged in the delivery of health care services in a State and is licensed or certified to deliver those services if such licensing or certification is required by State law or regulation. 42 CFR 422.2.

these provisions to physicians, as specified in the statute. (Énfasis nuestro). *Medicare Program; Changes to the Medicare+Choice Programs*, 64 FR 7968-01, 7975-7976.

III

A continuación discutiremos los errores primero y segundo levantados por Triple-S Advantage en su *Apelación* por ser dispositivos de la controversia, y finalmente, analizaremos el error señalado por HIMA en su *Apelación*.

A

En su primer señalamiento de error Triple-S Advantage plantea que el TPI carecía de jurisdicción para emitir el *injunction* preliminar ordenándole mantener vivo el contrato de Medicare Advantage pues, para ese entonces, el contrato ya había expirado en virtud de la notificación de no renovación. A su juicio, tal proceder es contradictorio con lo determinado en *Engineering Services v. AEE*, 209 DPR 1012 (2022).

HIMA por su parte defendió la jurisdicción del tribunal alegando que al emitir el *injunction* preliminar el TPI dejó sin efecto la notificación de no renovación del contrato por lo que la relación contractual entre las partes se mantuvo. De otro lado, descartó la aplicación a la presente controversia de lo resuelto en *Engineering Services v. AEE*, supra, por tratarse en este caso de un contrato diferente sobre ofrecimiento de servicios médico-hospitalarios y por no estar en juego una nueva contratación sino una renovación automática.

En síntesis, nos corresponde evaluar si el TPI tenía jurisdicción para emitir el *injunction* preliminar ordenando a Triple-S Advantage mantener vivo el contrato suscrito con HIMA para línea Medicare Advantage, a pesar de que, en virtud de la notificación de no renovación, el contrato terminó el 31 de mayo de 2023.

Según reseñáramos, el *injunction* preliminar es un remedio extraordinario que fundamentalmente se emite para mantener el *status quo* entre las partes hasta que se celebre un juicio en sus méritos evitando que se produzca una situación que haga académica la sentencia que finalmente

se dicte al atender el *injunction* permanente o que se ocasionen daños de mayor envergadura al peticionario mientras dure el litigio. Su concesión descansa en la sana discreción del tribunal, por lo que los foros apelativos no debemos revocarlo salvo se demuestre que ese foro abusó de su discreción o se equivocó en la interpretación de cualquier norma aplicable.

A modo de umbral es preciso evaluar la aplicación a los hechos de este caso a la norma pautaada en *Engineering Services v. AEE*, supra. Según los hechos del referido precedente, la AEE suscribió con *Engineering Services* (ES) un contrato de construcción de obra para que diseñara y construyera una planta de tratamiento de agua. El contrato establecía expresamente que la fecha de vigencia (*completion date*) era hasta el 31 de diciembre de 2019. También incluía una cláusula resolutoria que permitía a AEE cancelar el contrato si ES incumplía con las obligaciones contraídas. Tras comenzar el proyecto ES demandó a la AEE mediante sentencia declaratoria para que se declarara, entre otros extremos, que el contrato no le requería proveer bombas nuevas sino conectar las existentes. Además, solicitó como remedio provisional que se le permitiera conectar las bombas de agua existentes, mientras continuaba el pleito. Antes de que el tribunal atendiera la solicitud de remedio provisional de ES la AEE canceló el contrato de manera inmediata en virtud de la cláusula resolutoria por incumplimiento contractual. Ante ello, el TPI ordenó a ES instalar las bombas existentes como remedio provisional en aseguramiento de sentencia. A su vez, ordenó a la AEE que dejara sin efecto la cancelación del contrato decretada por el alegado incumplimiento de ES para que se pudiera cumplir con el remedio provisional dictado. La AEE se opuso a ambas determinaciones.

En atención a la controversia suscitada, el TSPR validó la determinación del foro de instancia que ordenaba a la AEE a dejar sin efecto la cancelación del contrato, por cuanto lo hizo para salvaguardar su jurisdicción considerando que el incumplimiento del contrato era una de las

controversias principales del caso.¹⁵ No obstante, resolvió que en el contexto de un contrato de construcción de obra entre una corporación pública y un contratista, el fin de la relación contractual por sus propios términos es un cambio en las circunstancias que amerita dejar sin efecto remedios provisionales dictados en aseguramiento de sentencia. El Alto Foro basó su determinación en que el contrato expiró por sus propios términos al alcanzarse durante el litigio la fecha de vigencia (*completion date*) pactada. Habiendo expirado el contrato por sus propios términos, el tribunal primario no podía obligar a los contratantes a suscribir un nuevo acuerdo para realizar aquello que se ordenó mediante el remedio provisional pues ello sería contrario al principio de la autonomía de la voluntad en la contratación que rige en nuestro ordenamiento. Es de notar que entre las partes no había controversia en torno a que el contrato había expirado por sus propios términos.

Ahora bien, en el caso ante nuestra consideración dos compañías privadas suscribieron un contrato de servicios mediante el cual HIMA se obligó a proveer servicios médico-hospitalarios a los afiliados del plan Triple-S Advantage a cambio de un precio particular. En su sección 16.1 el contrato establece lo siguiente:

16.1 This Participating Provider Agreement will be effective as of 6/1/22 and, unless previously terminated in accordance with the terms herein, will remain in full force and effect for a period of (1) year, ending on 5/31/23 ("Initial Term"). Thereafter, this Participating Provider Agreement shall automatically renew for subsequent one (1) year term (each a "Renewal Term"), unless either Party notifies the other in writing its intention not to renew, no less than sixty (60) days before the expiration of the initial Term or then-current Renewal Term.¹⁶

Según se indica expresamente el acuerdo sería efectivo por un (1) año desde el 1 de junio de 2022 hasta el 31 de mayo de 2023, pero se renovaría automáticamente por un periodo adicional de un (1) año a menos que cualquiera de las partes notificara por escrito su intención de no

¹⁵ Según surge de la *Opinión*, el TPI intimó que permitir la cancelación equivalía a una adjudicación en los méritos de que ES abandonó la obra y esa era una de las controversias principales.

¹⁶ Véase Triple-S Salud, Inc Participating Provider Agreement for Hospitals, *Apéndice* del recurso de *Apelación* de Triple-S Advantage, págs. 92-93.

renovar con al menos 60 días de anticipación a la fecha de terminación. Es decir, de no invocarse la intención de no renovar bajo los términos dispuestos el contrato se renovaría automáticamente por un año adicional.

Triple-S envió la notificación de no renovación el 31 de marzo de 2023, para que la terminación fuese efectiva el 31 de mayo de 2023. HIMA alegó que la referida notificación debía declararse nula por incumplir con cierta regulación federal y por ser producto de represalias. De manera que, la controversia principal de este caso era si la notificación efectuada por Triple-S Advantage puso fin al contrato Medicare Advantage suscrito entre las partes o si por el contrario la anulabilidad de la notificación provocó la renovación automática del contrato.

Tras interpretar que la regulación federal invocada impedía la terminación del contrato a menos que se cumplieran ciertos requisitos, y considerando que la no renovación del contrato podía causar un daño irreparable al dislocar los servicios médico-hospitalarios de la población a la que sirve HIMA, el TPI concedió el *injunction* preliminar solicitado. Al así actuar, el foro de instancia pretendió detener el efecto de la notificación de no renovación del contrato y mantener el *status quo* hasta tanto se cumpliera con la regulación federal y se atendiera en un proceso ordinario la solicitud de *injunction* permanente. Por consiguiente, el TPI tenía autoridad para emitir el *injunction* preliminar, pues, en tales circunstancias, no se trataba de un contrato culminado por sus propios términos durante el litigio, sino de uno vigente que, sin embargo, se mantenía sujeto a la valoración judicial de la legalidad de la referida notificación de no renovación. Por lo que tal decisión tenía efecto *ex ante*, es decir, al momento de presentado el caso. No obstante, según veremos a continuación, el tribunal basó su determinación en una interpretación errada de la reglamentación federal aplicable a los planes Medicare Advantage, por lo que nos vemos obligados a revocar el *injunction* preliminar concedido por ser contrario al Derecho aplicable.

B.

En su segundo señalamiento Triple-S Advantage sostuvo que el foro de instancia erró al concluir que la 42 CFR sec. 422.202 requería justa causa y la celebración de una vista para la no renovación del contrato Medicare Advantage. Según explicó, por disposición expresa del referido reglamento, tales requisitos solo aplican a la terminación de contratos suscritos con médicos y no aplica a la terminación de contratos suscritos con hospitales. Siendo los hospitales como HIMA, proveedores según se define dicho concepto en la Ley aplicable, las MAO pueden terminar los contratos sin aducir causa siempre y cuando lo notifiquen con 60 días de antelación a la terminación según dispone la 42 CFR 422.202(d)(4). Por su parte, HIMA insistió en que la 42 CFR sec. 422.202(d) aplica a los hospitales ya que la referida disposición utiliza los términos *physician* y *providers* de manera intercambiable.

Nuevamente, debemos establecer a modo de umbral que si bien la provisión expresa de campo ocupado incluida en el estatuto federal que crea el Programa Medicare Advantage impide que los estados interfieran mediante legislación con la implementación del programa o Parte C de Medicare, ello no impide que los tribunales estatales podamos revisar si los contratos que las MAO suscriben con los proveedores de servicios de salud cumplen con la regulación federal pertinente.

Triple-S Advantage es una MAO que tiene un contrato con Medicare para ofrecer cubierta de salud a los beneficiarios que se afilien a su plan. A tales efectos, las *reglas de participación de proveedores* dispuestas en la sección 1856(j) de la Ley del Seguro Social rigen la relación contractual que entable con los proveedores de servicios de salud, tanto individuales como institucionales. Según vimos, las reglas de participación de proveedores que conciernen a los derechos de notificación de normas y decisiones adversas se operacionalizaron en la sección 422.202 del título 42 del CFR.

El inciso (a) de la sección 422.202 del título 42 del CFR establece expresamente los derechos de participación que asisten a los médicos y

los administradores y miembros de grupos de médicos en su relación contractual con las MAO, los cuales incluyen: (1) derecho a notificación escrita de las reglas de participación incluyendo términos de pagos, credencialización, y otras reglas directamente relacionadas con decisiones sobre su participación; 2) notificación escrita de cambios materiales en las reglas de participación antes de que estas entren en vigor; 3) notificación escrita sobre decisiones de participación que sen adversas a los médicos; y 4) un proceso de apelación de procesos adversos de participación.

Ahora bien, el subinciso (4) de la sección 422.202(a) del reglamento dispone que, en casos específicos de terminación o suspensión del contrato con un proveedor, el proceso debe ocurrir al amparo de lo estatuido en la sección 422.202(d). La sección 422.202(d) del reglamento establece que al suspender o terminar un contrato con los proveedores contratados las MAO deben cumplir con los siguientes requisitos. Uno: notificar al médico (*physician*) las razones de la suspensión o terminación del contrato incluyendo, de ser relevante, la data utilizada para evaluarlo; y notificar al médico afectado su derecho a apelar la decisión y el proceso y los términos para solicitar una vista. Dos: asegurar que la mayoría de los miembros del panel para la vista sean pares del médico (*physician*) afectado. Tres: si la suspensión o terminación del contrato con el médico se debe a deficiencias en la calidad del cuidado ofrecido la MAO debe ofrecer una notificación escrita de la decisión a los cuerpos disciplinarios o de licenciamiento. Cuatro: la MAO y el proveedor contratado deben proveer con al menos 60 días de anticipación una notificación escrita a la otra parte antes de terminar el contrato sin causa. 42 CFR sec. 422.202(d).

La Ley y el reglamento federal objetos de análisis, ofrecen definiciones precisas sobre quién es proveedor y quién es médico. Proveedor (*provider*) se define como cualquier individuo o entidad que ofrezca servicios de salud. Véase 42 CFR sec. 422.2, citada en la nota al calce #14 de esta sentencia. En cambio, médico (*physician*) se define, en términos generales, como un doctor en medicina autorizado por el Estado

para practicar su profesión. Véase 42 USC sec. 1395x, citada en la nota al calce #13 de esta sentencia.

De manera que, tras realizar un examen minucioso de la reglamentación federal precitada, su historial de aprobación, y contando con el beneficio de la exposición de las partes durante la vista oral, concluimos que los subincisos (1), (2) y (3) de la sección 422.202(d) del título 42 del CFR establece las reglas para la suspensión o terminación de un contrato entre una MAO y un médico. Por lo tanto, los requisitos que exigen a la MAO notificar las razones de la suspensión o terminación del contrato, notificar el derecho a solicitar una vista apelativa y ofrecer una vista apelativa compuesta por un panel de pares, solo aplica a la contratación de médicos. Tratándose este caso de un contrato suscrito entre una MAO, y un grupo de hospitales, Triple-S Advantage no venía obligado a cumplir con tales requisitos.

Según notamos, el subinciso (4) de la sección 422.202(d) del título 42 del CFR es el que establece la regla a seguir para la suspensión o terminación de un contrato entre una MAO y un proveedor individual o institucional, tal como los hospitales. Esto es, cualquiera de las partes debe cumplir con una notificación escrita de la decisión con al menos 60 días de anticipación de la terminación. Adviértase que esta disposición no exige que exista una causa para la decisión, sino todo lo contrario, reconoce como posible la terminación o suspensión sin causa. Considerando que HIMA por definición, es un proveedor institucional y no un médico, resolvemos que este es el requisito que Triple-S Advantage tenía que cumplir para terminar el contrato, el cual según indicamos, no requiere una causa.

Al comparar el lenguaje del contrato con la 42 CFR 422.202(d) advertimos que la sección 16.1 establece claramente que si alguna de las partes quiere terminar el contrato y no interesa que el acuerdo se renueve automáticamente por un año adicional, debía notificarlo por escrito a la otra parte, al menos 60 días antes de la fecha de terminación. La referida

sección no requiere que la notificación de no renovación tenga que justificarse. A su vez, la sección 16.5 indica que cualquiera de las partes puede terminar el contrato sin aludir a causa alguna notificando su intención con al menos 60 días de antelación a la fecha de terminación del contrato.¹⁷ De manera que, siendo el lenguaje del contrato cónsono con la disposición federal aplicable para la terminación de un acuerdo entre una MAO y un proveedor, concluimos que el contrato es válido, constituye la ley entre las partes y los tribunales no podemos relevar a ninguna parte de su cumplimiento.

En fin, según los términos del contrato, si alguna de las partes interesaba concluir el acuerdo el 31 de mayo de 2023, tenía que someter la notificación de no renovación en o antes del 1 de abril de 2023. Triple-S Advantage remitió a HIMA una notificación de no renovación el 31 de marzo de 2023.¹⁸ Para ello no tenía que aludir a causa alguna. Considerando que la notificación de no renovación se presentó según lo pactado, concluimos que el *injunction* preliminar concedido por el TPI no procedía por cuanto de las alegaciones y los documentos sometidos en apoyo a su demanda surgía que HIMA no tenía derecho al remedio solicitado. El segundo error señalado por Triple S-Advantage se cometió.

C.

En su recurso de *Apelación* HIMA alegó que no procedía la desestimación de la demanda de daños en contra de Triple-S Salud ya que de las alegaciones de la demanda surge que la terminación del contrato fue por represalia, en violación al principio de la buena fe contractual y en violación a los derechos y deberes reconocidos en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

¹⁷ 16.5 Termination for Convenience: The parties may also terminate this Participating Provider Agreement without cause, nor penalty, subject to prior notification to the other party in writing, no less than sixty (60) days prior to the effective date of termination. Any such event must be carried out taking into consideration the patient rights, and in full compliance of applicable laws and regulations. Triple-S Advantage, Inc Participating Provider Agreement for Hospitals, *Apéndice* del recurso de *Apelación* de Triple-S Advantage, pág. 271.

¹⁸ No existe controversia entre las partes en cuanto a este hecho.

Ante la solicitud de desestimación de las codemandadas, el TPI evaluó las alegaciones de daños contractuales y desestimó la reclamación en contra de Triple-S Salud, al concluir que el contrato acordado permitía la no renovación de este sin especificar justa causa.

Según reseñáramos, al evaluar una moción de desestimación al amparo del inciso (5) de la Regla 10.2 de Procedimiento Civil, esto es, que la demanda deja de exponer una reclamación que justifique la concesión de un remedio, el tribunal viene obligado a tomar como ciertos todos los hechos bien alegados en la demanda y que hayan sido aseverados de manera clara y concluyente. Procede la desestimación de demostrarse de forma certera que el demandante no tiene derecho a remedio alguno bajo cualquier estado de Derecho que pudiese probar en apoyo a su reclamación, aun interpretando la demanda lo más liberalmente a su favor.

En este caso, HIMA alegó en su Demanda que Triple-S Salud actuó de mala fe pues terminó el contrato por represalias ante las múltiples demandas por cobro de dinero que instara en su contra, y la investigación solicitada en su contra en la Oficina del Comisionado de Seguros. Adujo además que la determinación de no renovar el contrato constituye una violación crasa al Artículo 6 de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente ya que, afecta a los pacientes de neurocirugía pediátrica pues el Hospital HIMA de Caguas cuenta con la única sala en Puerto Rico con capacidad de anestesia pediátrica.

El contrato de servicios hospitalarios suscrito entre HIMA y Triple-S Salud, casi idéntico al suscrito con Triple-S Advantage, incluye varias disposiciones relacionadas con el término y la terminación del contrato. En lo aquí pertinente, las secciones 16.1 y 16.5 indican lo siguiente:

Article XVI TERMS AND TERMINATION

16.1 This Participating Provider Agreement will be effective as of [6/1/22] and, unless previously terminated in accordance with the terms herein, will remain in full force and effect for a period of (1) year, ending on [5/31/23] (“Initial Term”). Thereafter, this Participating Provider Agreement shall automatically renew for subsequent one (1) year term (each a “Renewal Term”), unless either Party notifies the other in writing its intention not to renew, no less than sixty (60) days

before the expiration of the initial Term or the then-current Renewal Term.

16.2 Termination for cause. Either party may terminate this Participating Provider Agreement for cause upon sixty (60) days of written notification.

16.3 Triple-S or Hospital, as applicable, may also terminate this Participating Provider Agreement effective immediately or as indicated by government authority, upon written notice by either Party due to the following:

- i. Acts in such a manner that it infringes the principles of Triple S or the Hospital, applicable laws and/or regulations, or the best interests, health or safety of Triple -S Beneficiaries or any of the Hospital patients.
- ii. If applicable, in the event that the Hospital acquires the status of Non-Participating Hospital or inactive provider by not submitting any claim during the period of one year of contract.
- iii. Upon the cancellation of any insurance policy which Triple – S or Hospital are required to maintain under the Contract Documents or applicable law and regulation.
- iv. Upon the suspension, withdrawal, expiration, non-renewal, or revocations of any license, certificate, or other legal credential mandated of Triple - S or Hospital by applicable law and regulation for the provision of Covered Services to Beneficiaries and performance of this Participating Provider Agreement.
- v. Triple -S may terminate this Participating Provider Agreement if Hospital fails to meet the Credentialing or Re-credentialing process.
- vi. Upon the Hospital's loss of an "Approved Status" as a Medicare Contractor.
- vii. In the event that the other Party has been convicted of violating any local or federal law or regulation.
- viii. Upon suspension of the other Party by a federal, state, or Puerto Rico government authority from participating in any federal, state, or Puerto Rico health care program as applicable.
- ix. The other Party or its shareholders, directors or representatives have been convicted of a felony or misdemeanor involving moral turpitude;
- x. The other Party has incurred in a material breach of the Contract Documents.
- xi. Upon written notice by the other Party if it reasonably determines that the continued participation of the other Party may jeopardize the health or safety of Beneficiaries or if the Hospital has made any untrue statement of material fact or any intentional misrepresentation of any fact, whether or not material;
- xii. Subject to applicable law and regulation regarding continuation of services automatically and without notice if the other Party becomes insolvent or is adjudicated as bankrupt or its business comes into possession or control,

- even temporarily of any trustee in bankruptcy, or a receiver is appointed for it, or it makes a general assignment for the benefit of creditors (in those instances no interest in this Participating Provider Agreement will be deemed an asset or liability of the other Party, nor will any interest in this Participating Provider Agreement pass by the operation of law without the consent of the terminating Party).
- xiii. Either Party, may also terminate this Participating Provider Agreement in the event the other Party incurs in conduct which in the discretion of the terminating Party believes may affect its reputation or good will;
 - xiv. An intentional deception from either Party to the other will be considered a material breach to this Participating Provider Agreement.

16.5 Termination for Convenience: The parties may also terminate this Participating Provider Agreement without cause, nor penalty, subject to prior notification to the other party in writing, no less than sixty (60) days prior to the effective date of termination. Any such event must be carried out taking into consideration the patient rights, and in full compliance of applicable laws and regulations.¹⁹

Según surge de las secciones precitadas el contrato suscrito entre las partes podía terminarse en la fecha establecida, esto es, el 31 de mayo de 2023, o renovarse de manera automática por un año adicional. Para evitar la renovación automática cualquiera de las partes podía notificar por escrito su intención de terminar el contrato con al menos 60 días de anticipación a la fecha establecida de terminación (16.1). En cuanto a las razones para la terminación del contrato dispone que cualquiera de las partes podía terminar el contrato sin causa notificándolo con 60 días de anticipación a la fecha de terminación (16.5); por causa notificándolo con 60 días de anticipación (16.2); y con efecto inmediato por alguna de las causas especificadas (16.3). Estos términos para terminar el contrato fueron consentidos por ambas partes.

Por otra parte, la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194-2000, según enmendada, es un estatuto que como su título indica, establece los derechos y las responsabilidades de los pacientes o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias en

¹⁹ Véase Triple-S Advantage, Inc Participating Provider Agreement for Hospitals, *Apéndice del recurso de Apelación* de Triple-S Advantage, pág. 269.

Puerto Rico. En particular, el Art. 6 delimita los derechos que cobijan a los pacientes o consumidores en cuanto a la selección de planes médicos y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios. De conformidad con su propósito, el estatuto dispone para que todo paciente o consumidor de los servicios y facilidades de salud que entienda que se han violado sus derechos pueda presentar una querrela administrativa contra un proveedor o asegurador.

En atención a lo anterior, es forzoso concluir que aun evaluando las alegaciones de la manera más favorable a HIMA, las alegaciones contra Triples-S Salud sobre daños por mala fe en el cumplimiento del contrato y violaciones a las disposiciones de la Ley Núm. 194-2000, no establecen una reclamación válida que exija la concesión de un remedio.

Por una parte, del contrato, surge claramente que cualquiera de las partes podía terminar el acuerdo sin causa, notificando por escrito su intención de dejar sin efecto la renovación automática al menos 60 días antes de la fecha de terminación. En este sentido, HIMA no puede reclamar indemnización por los daños que le pudo ocasionar el que Triple-S Salud ejerciera su derecho contractual a dejar sin efecto la renovación automática del contrato sin invocar causa alguna. Tampoco puede llamar represalia al ejercicio de una cláusula a la que se obligó voluntariamente. Resolver lo contrario implicaría soslayar el principio de libertad de contratación que rige nuestro ordenamiento. De otra parte, es claro que HIMA no tiene legitimación para reclamar violaciones en contra de Triple-S Salud al amparo de la Ley Núm. 194-2000.

IV

Aunque comprendemos cabalmente el papel que juegan los hospitales HIMA en los servicios de salud para los asegurados de Triple-S Salud y Advantage, nuestra función de interpretar las normas jurídicas pertinentes nos exige *revocar* el *injunction* preliminar concedido en contra de Triple-S Advantage y *confirmar* la desestimación de la demanda en contra de Triple-S Salud.

Notifíquese inmediatamente.

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