

EN EL TRIBUNAL SUPREMO DE PUERTO RICO

Wilfredo Jiménez López, <i>et al</i> Demandantes-Recurridos v. Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Profesional Medico Hospitalaria (SIMED) Demandado-Peticionario	Certiorari 2010 TSPR 208 180 DPR _____
---	--

Número del Caso: CC-2007-754

Fecha: 6 de octubre de 2010

Tribunal de Apelaciones:

Región Judicial de Arecibo Panel VIII

Juez Ponente: Hon. José Miranda de Hostos

Abogados de la Parte Peticionaria:

Lcda. José Luis González Castañer
Lcdo. Roberto Ariel Fernández Quiles
Lcda. Cristina B. Martínez Guzmán

Abogados de la Parte Recurrída:

Lcdo. Salvador Ramírez Seda
Lcdo. Juan G. Riera Toro

Materia: Daños y Perjuicios (Impericia Médica)

Este documento constituye un documento oficial del Tribunal Supremo que está sujeto a los cambios y correcciones del proceso de compilación y publicación oficial de las decisiones del Tribunal. Su distribución electrónica se hace como un servicio público a la comunidad.

EN EL TRIBUNAL SUPREMO DE PUERTO RICO

Wilfredo Jiménez López, *et al*

Certiorari

Demandantes-Recurridos

v.

Sindicato de Aseguradores para
la Suscripción Conjunta de
Responsabilidad Profesional
Médico-Hospitalaria (SIMED)

CC-2007-754

Demandado-Peticionario

Opinión del Tribunal emitida por la Jueza Asociada señora Pabón Charneco

San Juan, Puerto Rico, a 6 de octubre de 2010.

El presente recurso nos permite profundizar las expresiones contenidas en *Torres v. E.L.A.*, 130 D.P.R. 640 (1992), así como, examinar si las pólizas de seguro por responsabilidad profesional médico-hospitalaria del tipo *claims made* con fecha de retroactividad limitada violan la política pública del Estado. Resolvemos en la negativa.

El Contrato de Seguros constituye la ley entre las partes. En el caso de autos, los términos, condiciones y exclusiones de la póliza en cuestión fueron claros y específicos. Aunque una póliza *claims made* con fecha de retroactividad limitada es más restrictiva que su concepción más tradicional,

límite acordado en el Contrato ante nuestra consideración no viola la política pública del Estado.

I

El Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria, en adelante, SIMED, y Advanced Cardiology Center Corporation, en adelante, Advanced o la asegurada, suscribieron una póliza de seguro de responsabilidad médico-hospitalaria de tipo *claims made*. La Póliza Núm. HPL0000175 tiene fecha de efectividad del 15 de junio de 2005 al 15 de junio de 2006, con fecha de cubierta retroactiva comenzando el 15 de junio de 2004.¹ Ésta limita la cubierta a los incidentes ocurridos en o después de la fecha de retroactividad y que las reclamaciones sean hechas y notificadas dentro del periodo de vigencia.

En lo pertinente la póliza expresa:²

¹ Apéndice de la Petición de *Certiorari*, págs. 170-185. Surge de autos que previo a la fecha contratada en la póliza con SIMED, Advanced contaba con una póliza de responsabilidad médico-hospitalaria de tipo *claims made*. La Póliza Núm. 169-1335 fue expedida por la aseguradora American International Insurance Company y tenía una vigencia original desde el 6 de mayo de 2003 hasta el 16 de junio de 2004. American International Insurance Company fue incluida como demandada en el pleito de autos. El 22 de septiembre de 2005 la aseguradora solicitó se dictara sentencia sumaria puesto que la reclamación no fue notificada dentro del término de la póliza. (Apéndice de la Petición de *Certiorari*, págs. 241-245). El Tribunal de Primera Instancia declaró con lugar el petitorio. El tribunal apelativo intermedio confirmó tal determinación.

² Mediante Declaración Jurada de la Gerente del Departamento de Suscripción de SIMED, la peticionaria presentó evidencia de que la póliza también excluye expresamente las reclamaciones por actos u omisiones que ocurrieron previo a la fecha de retroactividad. La Cláusula de Exclusión señala que:

This insurance does not apply:

...

The Syndicate will pay on behalf of the Insured all sums which the Insured shall become legally obligated to pay as damages because of injury to which this insurance applies **caused by a medical incident, occurring on or after the retroactive date, for which claim is first made against the Insured and reported to the Syndicate during the policy period**, and arising out of the rendering of or failure to render professional services. (Apéndice de la Petición de *Certiorari*, pág. 181) (Énfasis suplido).

Así las cosas, el 21 de enero de 2005 el señor Wilfredo Jiménez López y otros, en adelante, la parte recurrida, instaron una Demanda en daños y perjuicios por impericia médica contra Advanced y sus compañías aseguradoras. Posteriormente, el 22 de junio de 2005 presentaron una Demanda Enmendada para sustituir los nombres de las aseguradoras, incluyendo a SIMED.³ Esto tras un incidente ocurrido el 25 de enero de 2004 en el Centro Médico de Mayagüez. La peticionaria fue emplazada el 24 de agosto de 2005.⁴

El 22 de septiembre de 2005, la peticionaria presentó una moción de sentencia sumaria parcial señalando que no existía cubierta para las reclamaciones. Luego de varios

(6) to any claim or claims arising out of acts or omissions which occurred prior to the retroactive date or which occur subsequent to the termination date of this insurance; (Apéndice de la Petición de *Certiorari*, págs. 168-69).

³ Mediante la presentación de una Demanda Enmendada el 5 de junio de 2005, la parte recurrida sustituyó a las aseguradoras desconocidas. La tercera aseguradora demandada fue Triple S, Inc. El 13 de enero de 2006 la parte recurrida desistió con perjuicio en cuanto a favor de ésta por no existir póliza alguna a favor de Advanced. Apéndice de la Petición de *Certiorari*, págs. 145-146.

⁴ El emplazamiento para SIMED fue expedido el 11 de julio de 2005 y diligenciado el 24 de agosto de 2005. Apéndice de la Petición de *Certiorari*, págs. 237-239.

trámites judiciales, mediante Resolución del 20 de septiembre de 2006, el tribunal de instancia denegó el petitorio presentado por SIMED. El foro primario concluyó que el riesgo asegurado no tenía que ocurrir dentro del término de vigencia de la póliza. No obstante, posteriormente el Tribunal de Primera Instancia dejó sin efecto la Resolución emitida, declarando Ha Lugar la moción de sentencia sumaria de SIMED y desestimando la reclamación contra el peticionario el 15 de diciembre de 2006.

El 21 de junio de 2007 el Tribunal de Apelaciones emitió la Sentencia recurrida y restituyó la Demanda contra SIMED. Esto al concluir que la notificación de la reclamación a la aseguradora en una póliza *claims made* dentro del término de vigencia constituye el riesgo asegurado independientemente de la fecha del siniestro, aún cuando éste ocurra previo al término contratado. Posteriormente, denegó la Moción de Reconsideración presentada por ésta.

Inconforme, el 20 de agosto de 2007 SIMED recurre ante nos⁵ y señala los siguientes errores:

Erró el [Tribunal de Apelaciones] al revocar la sentencia parcial del [Tribunal de Primera Instancia] y resolver que la póliza de seguros

⁵ El 11 de septiembre de 2007 la Asociación de Compañías de Seguro de Puerto Rico, Inc. solicitó intervención como *amicus curiae*. Reiteró su solicitud el 27 de octubre de 2008 y el 30 de julio de 2009. Denegamos la intervención solicitada.

expedida a Advanced cubre el incidente médico objeto del pleito, a pesar de que el contrato de seguros expresamente lo excluye de cubierta por estar fuera de la fecha de retroactividad de la póliza.

Erró el [Tribunal de Apelaciones] al ignorar los términos del contrato de póliza de seguro y recurrir a fuentes externas a dicho contrato, decisiones judiciales o tratadistas, las cuales solamente describen en forma general la póliza tipo "claims made", pero que no analizan el contrato que tuvo ante sí el [Tribunal de Primera Instancia], ni el [Tribunal de Apelaciones]; y que tiene ante sí este Honorable Tribunal en el presente recurso.

El 9 de noviembre de 2007 expedimos el recurso solicitado. Ambas partes presentaron los alegatos correspondientes.

El peticionario alega que el incidente por el que se reclama no está cubierto por la póliza ya que ésta excluye claramente los eventos previos a la fecha de retroactividad contratada. Señala que el Contrato estipula que se aseguran las reclamaciones por incidentes médicos ocurridos con posterioridad a la fecha de retroactividad y que le sean notificados a SIMED durante la vigencia de la póliza. Añade que este tipo de Contrato ha sido validado por el Estado a través del Comisionado de Seguros por cumplir con el Código de Seguros y la Ley Núm. 4 de 30 de diciembre de 1986.⁶ Asimismo, argumenta que concluir que eventos

⁶ SIMED añade que la parte recurrida renunció al planteamiento de que el requisito de cubierta en cuestión es contrario a la política pública del Estado y la intención de la Ley Núm. 4 de 30 de diciembre de 1986. No obstante, analizado el expediente advertimos que la parte

previos a la fecha de retroactividad están asegurados violenta el pacto de las partes y amplía el alcance de la cubierta y, por consiguiente, la responsabilidad del asegurador sin la debida compensación para responder por el riesgo.

Por otra parte, la parte recurrida argumenta que lo crucial en una póliza de descubrimiento es que la reclamación se efectúe dentro del término contractual de la póliza. Apunta que la interpretación de la peticionaria respecto a la fecha límite de retroactividad impone requisitos adicionales a este tipo de pólizas que contravienen la política pública y atentan contra los principios de prescripción del Código Civil. Por ende, alega que al haberse reclamado dentro del término de vigencia, la reclamación está cubierta por el seguro pues su notificación al asegurador es el evento y riesgo asegurado independientemente de la fecha del incidente.

Luego de ponderar los argumentos de ambas partes, procedemos a resolver.

II

A. Contratos de Seguros

En nuestra jurisdicción la industria de seguros está revestida de un gran interés público debido a su importancia, complejidad y efecto en la economía y la

recurrida sí presentó dicho planteamiento ante el foro primario y apelativo.

sociedad. *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, res. el 14 de julio de 2009, 176 D.P.R. ___ (2009), 2009 T.S.P.R. 122, 2009 J.T.S. 125; *Echandi Otero v. Steward Title*, res. el 22 de julio de 2008, 174 D.P.R. ___ (2008), 2008 T.S.P.R. 126, 2008 J.T.S. 146; *Comisionado de Seguros v. PRIA*, 168 D.P.R. 659 (2006); *PFZ Props., Inc. v. Gen. Acc. Ins. Co.*, 136 D.P.R. 881 (1994). Por estas razones es reglamentado extensamente por el Estado mediante la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. Sec. 101, et seq., y el Código Civil le sirve de fuente de derecho supletorio. Véanse, *Mun. of San Juan v. Great Ame. Ins. Co.*, 117 D.P.R. 632, 635 (1986); *Banco de la Vivienda v. Pagán Ins. Underwriters, Inc.*, 111 D.P.R. 1, 6 (1981); *Serrano Ramírez v. Clínica Perea, Inc.*, 108 D.P.R. 477, 482 (1979). Además, el Comisionado de Seguros de Puerto Rico es quien vela por el cumplimiento de las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico. Éste también fiscaliza y reglamenta la industria de seguros. 26 L.P.R.A. sec. 233 et seq. Véase además, R. Cruz, *Derecho de Seguros*, San Juan, Ed. JTS, 1999, pág. 1.

El alto interés público es aun más palpable en cuanto a los seguros de responsabilidad médico-hospitalaria que posibilitan la solvencia de los profesionales e instituciones para el cuidado de la salud en beneficio de los pacientes afectados por actos de impericia profesional.

Nuestro ordenamiento jurídico requiere que todo profesional de servicios de salud o institución de cuidado de salud presente anualmente prueba de su responsabilidad financiera por impericia profesional por las cantidades especificadas en el Código de Seguros. Este deber se puede satisfacer mediante (i) el establecimiento de un fondo de garantía, (ii) la obtención de un seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria expedido por un asegurador que participe del mercado de libre competencia o SIMED, o (iii) mediante una combinación de ambas formas. Su incumplimiento conlleva la suspensión de la licencia o certificado de autoridad expedido a su favor. 26 L.P.R.A. sec. 4105. Sin embargo, “[e]n la mayor parte de los casos, dichos profesionales e instituciones dependen del seguro por responsabilidad profesional médico-hospitalaria para poder cumplir con este requisito del Estado”. Exposición de Motivos, Ley Núm. 4 de 30 de diciembre de 1986, 1986 Leyes de Puerto Rico 733. Repasemos, entonces, las normas generales del derecho de seguros.

El Art. 1.020 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 102, define el Contrato de Seguros como aquél

...mediante el cual una persona se obliga a indemnizar a otra o a pagarle o a proveerle un beneficio específico o determinable al producirse un suceso incierto previsto en el mismo.

Cónsono con lo anterior, el Contrato de Seguro por responsabilidad profesional médico-hospitalaria constituye

“la cubierta de seguros de responsabilidad profesional para cubrir riesgos de daño por culpa o negligencia por impericia profesional (*malpractice*)⁷ para profesionales de servicios de salud e instituciones de cuidado de salud”. 26 L.P.R.A. sec. 4102(7). Véase además, *Díaz Ayala et al. v. E.L.A.*, 153 D.P.R. 675 (2001).

Aún cuando el Contrato de Seguro tiene sus particularidades y complejidades, como todo contrato, éste constituye la ley entre las partes. Art. 1230 del Código Civil de Puerto Rico, 31 L.P.R.A. 3451; *Monteagudo Pérez v. E.L.A.*, 172 D.P.R. 12, 20 (2007). Asimismo, éste deberá interpretarse globalmente, a base del conjunto total de sus términos y condiciones, según se expresen en la póliza y según se hayan ampliado, extendido o modificado dichos términos por cualquier aditamento, endoso o solicitud que sean añadidos a la póliza para formar parte de ésta. 26 L.P.R.A. sec. 1125. A su vez, su lenguaje “debe ser interpretado de ordinario en su significado corriente y común, sin ceñirse demasiado al rigor gramatical, sino al uso general y popular de las voces”. *Marín v. American Int’l. Ins. Co. of P.R.*, 137 D.P.R. 356, 361 (1994). De igual forma, los Contratos de Seguros cuyos términos, condiciones y exclusiones son claros y específicos y no den

⁷ A su vez, el Código de Seguros define el daño por culpa o negligencia por impericia médica (*malpractice*) como “cualquier daño ocasionado a un paciente por error, omisión, culpa o negligencia como consecuencia de, o inherentes a, servicios profesionales brindados o que debieron haber sido brindados por un profesional de servicios de salud o una institución de cuidado de la salud. 26 L.P.R.A. sec. 4102(2).

margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones, se deben hacer valer en conformidad con la voluntad de las partes contratantes. *López v. Atlantic Southern Ins. Co.*, 158 D.P.R. 562, 569 (2003); *Díaz Ayala v. E.L.A.*, *supra*, pág. 691. Empero, puesto que el Contrato de Seguro es uno de adhesión, toda ambigüedad debe ser interpretada a favor del asegurado. *Monteagudo Pérez v. E.L.A.*, *supra*; *Marín v. American Int'l. Ins. Co. Of P.R.*, *supra*.

Respecto a las Cláusulas de Exclusión, éstas tienen la función de eliminar la responsabilidad que tiene un asegurador de indemnizar por pérdidas resultantes de los riesgos excluidos. *Echandi Otero v. Steward Title*, *supra*. Sobre éstas hemos resuelto que puesto que limitan la cubierta, se han de interpretar restrictivamente a favor del asegurado. No obstante, si la misma es clara y aplica a determinada situación, la aseguradora no está obligada a responder por esos riesgos. *Íd.* Véase, *Monteagudo Pérez v. E.L.A.*, *supra*. Véase además, R. Cruz, *op.cit.* págs. 167-170.

B. Contratos de Seguros de Responsabilidad Profesional Médico-hospitalaria

En la industria de seguros hay dos (2) tipos básicos de pólizas de responsabilidad profesional.⁸ *Torres v.*

⁸ No obstante, hoy día gran parte de las pólizas de responsabilidad profesional por impericia médica son suscritas como tipo *claims made*. E.M. Holmes, *Holmes'Appleman on Insurance 2d*, Nueva Jersey, Ed. LexisNexis, 2002, Vol. 20, sec. 130.1, págs. 228, 231, 236. Véase además, R.E. Keeton, *Insurance Law*, St. Paul, Ed. West, 1988, pág.

E.L.A., supra. Primeramente, existen las pólizas de ocurrencia que tradicionalmente “protege[n] al asegurado de responsabilidad por cualquier acto u omisión negligente incurrido durante el período de vigencia de la póliza, independientemente del momento en que se hace la reclamación”.⁹ *Íd.*, pág. 645. Por otro lado, en su concepción más básica, las pólizas *claims made* se caracterizan por proveer cubierta al presentarse una reclamación contra el asegurado durante el periodo de vigencia de la póliza.¹⁰ Centramos nuestro análisis en éstas últimas.

Las pólizas tipo *claims made* llevan en el mercado de seguros desde la década de 1970. E.M. Holmes, *Holmes'Appleman on Insurance 2d*, Nueva Jersey, Ed. LexisNexis, 2002, Vol. 20, sec. 130.1, pág. 222. Se desarrollaron, *inter alia*, como respuesta de las aseguradoras a la dificultad de calcular con precisión riesgos y primas para cubrir reclamaciones futuras; a la dificultad de establecer la fecha de ocurrencia de los hechos o eventos que dan margen a la reclamación y, por

598. (“In the 1970s, most professional liability insurers discontinued use of “occurrence” policies and offered professional liability coverage only on a “claims made” basis.”)

⁹ Como aclaráramos en *Torres v. E.L.A.*, 130 D.P.R. 640 (1992), previamente este Tribunal había adoptado el término “siniestro” como traducción de la palabra inglesa “occurrence”. Véase, *Albany Ins. Co. v. Cía Des. Comercial P.R.*, 125 D.P.R. 421 (1990). Sin embargo, a partir de *Torres v. E.L.A., supra*, esc. 3, hemos continuado designando las *ocurrence policies* como “pólizas de ocurrencia” por ser la forma en que comúnmente se les nombra en el campo de seguros de Puerto Rico.

¹⁰ Véase, esc. 16.

consiguiente, poder precisar si había cubierta para ellos; así como, “[a]l aumento en espiral del monto de los veredictos, la adopción y el desarrollo de nuevos conceptos en el campo de daños y perjuicios a través de legislación y de decisiones judiciales”.¹¹ *Torres v. ELA, supra*, págs. 647-48; C.M. Frame, “*Claims-made*” *Liability Insurance: Closing the Gaps with Retroactive Coverage*, 60 *Temp. L. Q.* 165, 178-184 (1987). Las pólizas *claims made* se utilizan particularmente para asegurar actividades con el potencial de que los daños no sean descubiertos hasta pasados muchos años, aumentando de esta forma el riesgo del asegurador.¹² J.W. Stempel, *Stempel on Insurance Contracts*, 3ra ed., Nueva York, Ed. Aspen Publishers, 2006 (Suplemento 2010) Vol. I, pág. 2-117.

Las pólizas *claims made* han sido aceptadas en diversas jurisdicciones y se ha reconocido su utilidad social, inclusive en nuestro ordenamiento jurídico. C.M. Frame, *op. cit.*, pág. 172. Véanse, *S.L.G. Francis-Acevedo v.*

¹¹ Ciertos autores han exaltado los beneficios de las pólizas de descubrimiento *vis a vis* las pólizas de ocurrencia. Asimismo, existen voces disidentes sobre las dificultades que éstas acarrearán. Véase, B. Works, *Excusing Nonoccurrence of Insurance Policy Conditions in Order to Avoid Disproportionate Forfeiture: Claims Made Formats as a Test Case*, 5 *Conn. Ins. L.J.* 505 (1998/1999).

¹² Históricamente, se usaban las pólizas de ocurrencia para asegurar la responsabilidad por impericia médica. Empero, debido a la denominada “crisis de impericia” de las décadas de 1970 y 1980 - causada por el aumento en reclamaciones y los montos de los daños - las aseguradoras concluyeron que no podían costear la cubierta prospectiva ilimitada que resultaba de las pólizas de ocurrencia. E.M. Holmes, *Holmes Appleman on Insurance 2d*, Nueva Jersey, Ed. LexisNexis, 2002, Vol. 20, sec. 130.1, pág. 234. En otras áreas, el uso de las pólizas *claims made* ha recibido mucha resistencia. R.E. Keeton, *op.cit.*, pág. 599.

SIMED, supra; Torres v. E.L.A., supra. Entre los beneficios para el asegurado se encuentran la oportunidad de obtener primas más bajas, una cubierta para eventos que puedan haber tenido lugar durante un período anterior al comienzo de la póliza, así como, una cubierta adecuada a tenor con los factores inflacionarios.¹³ *Torres v. ELA, supra,* págs. 648-49. Por otro lado, el asegurador se beneficia principalmente de limitar su responsabilidad a las reclamaciones notificadas durante el periodo de la póliza y al poder calcular los riesgos y las primas con mayor precisión. E.M. Holmes, *Holmes'Appleman on Insurance 2d*, Nueva Jersey, Ed. LexisNexis, 2002, Vol. 20, sec. 130.1, pág. 219.

En *Torres v. E.L.A., supra,* analizamos una cláusula similar a la del presente caso.¹⁴ La controversia versaba sobre si el requisito de notificación de reclamaciones dentro del periodo de vigencia de una póliza *claims made a*

¹³No obstante, también conllevan ciertas desventajas para el asegurado. Principalmente, éste carga con la incertidumbre de los costos de reclamaciones futuras y el aumento en las primas para asegurar el riesgo de posibles reclamaciones por eventos pasados. Véanse, R.E. Keeton, *Insurance Law*, St. Paul, Ed. West, 1988, pág. 599; R.H. Long, *The Law of Liability Insurance*, Nueva York, Ed. Matthew Bender, 2006, Vol. 3, págs. 12.90-12.90.1

¹⁴ En *Torres v. E.L.A., supra,* pág. 650, la cláusula en cuestión, en lo pertinente, leía como sigue:

The Company will pay on behalf of the insured:
COVERAGE M-INDIVIDUAL PROFESSIONAL LIABILITY
All sums which the insured shall be legally obligated to pay as damages because of injury to which this insurance applies caused by a medical incident occurring [sic] subsequent to the retroactive date, for which claim is first made against the insured and reported to the company during the policy period, arising out of the practice of the insured's profession as a physician, surgeon or dentist.

la aseguradora contravenía la política pública del Estado. Concluimos que ese requisito no era contrario a la política pública. En ese caso por primera vez diferenciamos una póliza *claims made* de una de ocurrencia.¹⁵ Expresamos que ésta radica principalmente en el riesgo asegurado por una y otra. Al analizar la póliza *claims made* señalamos que ésta protege al asegurado sólo contra reclamaciones hechas y notificadas a la aseguradora durante el periodo de vigencia de la póliza. *Íd.* pág. 645. Sostuvimos que “la notificación de la reclamación a la aseguradora constituye el evento y riesgo asegurados por la póliza de *claims made*, independientemente de la fecha del siniestro”. *Íd.*, pág. 646. Fue esta expresión sobre el aspecto temporal de la fecha del siniestro la que traen a nuestra atención los recurridos por ser tomada como fundamento para la determinación del Tribunal de Apelaciones. Por lo tanto, abundamos a continuación.

Mucho se ha comentado sobre los límites temporales de este tipo de pólizas. Algunas pólizas *claims made* en su acepción más básica solamente requieren que la reclamación sea efectuada durante el periodo de vigencia sin importar el momento del acto u omisión negligente.¹⁶ Esa es la

¹⁵ Previamente en *Saavedra v. Joyerías Gordons, Inc.*, 120 D.P.R. 360 (1988) nos expresamos brevemente sobre las pólizas *claims made*, pero el caso versaba sobre una póliza de ocurrencia.

¹⁶ Es común entre juristas denominar este tipo de póliza *claims made* como estándar, tradicional o pura. La póliza *claims made* tradicional provee cubierta retroactiva ilimitada, pero no incluye una cubierta

característica principal de este tipo de pólizas y la razón por la cual expresamos que éste es el riesgo asegurado. Sin embargo, cabe señalar que la póliza que consideramos en *Torres v. E.L.A., supra*, era aun más restrictiva que la póliza *claims made* tradicional al exigir que la notificación de la reclamación fuera hecha dentro del mismo periodo.¹⁷

No obstante, además de restringir las pólizas en cuanto a que la reclamación sea hecha y notificada durante el periodo de vigencia, las pólizas *claims made* usualmente presentan otro límite a la cubierta: una fecha de retroactividad.¹⁸ Véanse, E.M. Holmes, *op. cit.*, Vol. Inter. 23, sec. 146.6(E), págs. 113-14; L.M. Villaronga, *Seguros*, 62 Rev. Jur. U.P.R. 935, 949 esc. 46 (1993). La fecha de retroactividad tiene como función reducir la exposición del asegurador al excluir de la cubierta aquellos incidentes ocurridos previo a la fecha señalada, a pesar de que la reclamación sea presentada dentro del periodo de vigencia de la póliza. Véanse, E.M. Holmes, *op.*

prospectiva. E.M. Holmes, *Holmes'Appleman on Insurance 2d*, Nueva Jersey, Ed. LexisNexis, 2002, Vol. 20, sec. 130.1, págs. 219, 231.

¹⁷ El tipo de póliza analizada en *Torres v. E.L.A., supra*, ha sido denominada en inglés como una *claims-made and reported policy*. Es más restrictiva que la póliza *claims made* tradicional y puede o no tener fecha de retroactividad.

¹⁸ Cabe señalar, que las pólizas en *Torres v. E.L.A., supra*, y *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, res. el 14 de julio de 2009, 176 D.P.R. ___ (2008), 2009 T.S.P.R. 122, 2009 J.T.S. 125, también requerían que el incidente médico ocurriera en o después de la fecha de retroactividad como la póliza del caso de autos. No obstante, en ambos casos no fue necesario abundar sobre tal restricción.

cit., Vol. 20, sec. 130.4(C), págs. 296; B.R. Ostrager y T.R. Newman, *Handbook on Insurance Coverage Disputes*, 13ra ed., Ed. Aspen, 2003, Vol.1, sec. 4.02[b][4], p. 129; J.W.Stempel, *op.cit.*, pág. 2-117; R.H. Long, *The Law of Liability Insurance*, Nueva York, Ed. Matthew Bender, 2006, Vol. 3, pág. 12.87. La necesidad de restringir las cubiertas mediante un término de retroactividad ha sido reconocida desde que se propuso originalmente este tipo de póliza.¹⁹ Así, Sol Kroll expresó que:

It must be noted that there are given situations when the underwriter finds it imperative to attach a retroactive date to a "claims made" policy by reason of underwriting requirements, and in those cases, therefore, only those claims which occurred subsequent to such date would be covered by the "claims made" policies. S. Kroll, "Claims Made"-Industry's Alternative: "Pay as You Go" Products Liability Insurance, 637 *The Insurance Law Journal* 63, 69 (Febrero 1976).

Diversas jurisdicciones estatales han examinado las cubiertas retroactivas limitadas en las pólizas *claims made* y las han aceptado dentro de sus respectivos ordenamientos jurídicos a pesar de que éstas representan una restricción de cubierta seria.²⁰ E.M. Holmes, *op.cit.*, pág. 241, 298.

¹⁹ Desde que las pólizas *claims made* fueron desarrolladas ha existido presión por parte de las aseguradoras de permitir la inclusión de cláusulas de retroactividad. E.M. Holmes, *op. cit.*, pág. 222.

²⁰ Dado que las pólizas de seguros que se venden en Puerto Rico son, de ordinario, pólizas modelos de los distintos tipos de seguros que se venden en Estados Unidos, la jurisprudencia federal y estatal que las interpreta tengan un carácter persuasivo en nuestra jurisdicción. *Quiñones López. Manzano Pozas*, 141 D.P.R. 139, 157 (1996).

A pesar de que diversas jurisdicciones han aceptado la validez de las fechas de retroactividad limitada, en *Sparks v. St. Paul Ins. Co.*, 100 N.J. 325 (1985), el Tribunal Supremo de Nueva Jersey concluyó que una póliza sin cubierta retroactiva se aparta de la cubierta tradicional

Véanse, *Marshall v. Kan. Med. Mut. Ins. Co.*, 73 P.3d 120 (Kan. 2003); *Anderson v. Ichinose*, 760 So. 2d 302 (La. 1999); *Merrill & Seeley, Inc. v. Admiral Ins. Co.*, 225 Cal. App. 3d 624, (1990); *Travelers Indemnity Co. V. Mutual Ins. Co.*, 731 P.2d 632 (Ariz. App. 1986); *Stine v. Continental Cas. Co.*, 349 N.W.2d 127 (Mich. 1984); *Gereboff v. Home Indemnity Co.*, 383 A.2d 1024 (R.I. 1978). No obstante, la aceptación generalizada de este tipo de límite a la cubierta se debe en gran parte a que conlleva correlativamente una prima reducida, así como, a que previene el fraude de seguros. *Marshall v. Kan. Med. Mut. Ins. Co.*, supra, pág. 129; *Truck Ins. Exch. V. Ashland Oil, Inc.*, 951 F.2d 787, 790-91 (7mo. Cir. 1992).

En *Torres v. E.L.A.*, supra, citamos con aprobación el caso *Stine v. Continental Cas. Co.*, supra. En dicho caso se argumentó, *inter alia*, que la falta de cubierta por actos previos privaba al asegurado de los beneficios de una póliza *claims made* y violentaba la política pública. Al respecto, el Tribunal Supremo de Michigan determinó que la póliza era clara al especificar el término de la cubierta.

de este tipo de póliza siendo significativamente más limitada por lo que se apartaba de las expectativas objetivas razonables del asegurado y violaba la política pública. No obstante, el Tribunal reconoció que en algunos casos la falta de cubierta retroactiva podría ser razonable y prevista como por ejemplo cuando en una negociación de buena fe entre las partes, el asegurado seleccionó una póliza con cubierta retroactiva limitada con conocimiento de sus restricciones. En *Sparks v. St. Paul Ins. Co.*, supra, la póliza *claims made* no tenía fecha de retroactividad durante el primer año. Las renovaciones posteriores tenían como fecha de retroactividad el día de efectividad de la primera póliza. No obstante, la razón por la cual se denegó la cubierta fue que aseguradora fue notificada de la reclamación luego de la cancelación de la póliza por falta de pago.

Además, expresó que el que no se pueda clasificar la póliza como una *claims made* en su sentido más tradicional, sino una híbrida, no la convertía en una póliza con cláusulas ambiguas.

Ciertamente, la concepción básica de este tipo de pólizas nos es de ayuda para analizar los seguros de responsabilidad profesional. No obstante, el Contrato de Seguros es la ley entre las partes y los contratantes - dentro de un ámbito permisible de su libertad de contratación - acordaron que fuera del periodo de la póliza no había cubierta. Aplica, entonces, a las pólizas *claims made* con fecha de retroactividad la norma que esbozáramos en *Saavedra v. Joyería Gordons, Inc.*, 120 D.P.R. 360, 364 (1988): no existe responsabilidad si el incidente ocurre fuera del periodo de tiempo de cubierta de la póliza de responsabilidad. Por lo tanto, es al contrato y los términos en él dispuestos a las que damos efecto legal al ser estos claros, específicos y no dan margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones.

No obstante, cabe señalar que al limitarse la retroactividad de la póliza, en muchas ocasiones ocurren periodos de tiempo sin cubierta. Esto sucede a menudo cuando el individuo cambia de póliza o de asegurador. R.H. Long, *op.cit.*, p. 12-90. En tales casos, se aconseja renovar con la misma aseguradora o adquirir una cubierta adicional (conocida en inglés como *nose coverage* o *prior*

acts coverage) mediante el pago de una prima adicional, de esta ser provista por la industria de seguros. J.W. Stempel, *op. cit.*, págs. 2.117-18. L.M. Villaronga, *supra*, págs. 948-49. Sin embargo, como expresáramos en *Torres v. E.L.A.*, *supra*, la necesidad de continuidad de las pólizas *claims made* favorece la política pública del Estado.

En el presente caso podemos apreciar una póliza que le requiere a la entidad asegurada: (i) que el incidente médico ocurra dentro de la vigencia de la póliza que incluye una fecha de retroactividad limitada; (ii) que la reclamación se presente durante dicho periodo; así como que (iii) se notifique a la aseguradora dentro de la misma fecha. Bajo esta póliza *claims made*, los tres (3) elementos constituyen los términos que rigen contractualmente las obligaciones de las partes. Empero, aunque la reclamación fue notificada dentro del periodo de vigencia de la póliza, el incidente ocurrió fuera del periodo en el que se extendía la cubierta retroactiva y la reclamación fue interpuesta previo al inicio de la relación contractual.²¹ Por lo tanto, no se perfeccionaron todos los elementos convenidos para que la aseguradora asumiera el riesgo.

No cabe duda de que la póliza suscrita limita considerablemente el riesgo que asume SIMED. No obstante,

²¹ La Demanda fue interpuesta contra Advanced antes de que ésta y SIMED comenzaran la relación contractual. Posteriormente, y ya dentro del periodo de vigencia de la póliza, se presentó una Demanda Enmendada que fue notificada a SIMED. Por lo tanto, solamente se dio la notificación a SIMED dentro del periodo de vigencia de la póliza.

la póliza en cuestión constituye la ley entre las partes y luego de analizarla concluimos que sus términos, condiciones y exclusiones, particularmente en cuanto a la cubierta retroactiva, no dan margen a diferentes interpretaciones, aun ante el examen de una persona de inteligencia promedio que se apreste a adquirirla. Estos son claros, específicos y no dejan duda sobre la verdadera intención de los contratantes.

Además de analizar la póliza a la luz de los criterios de interpretación de todo Contrato de Seguros, examinamos el argumento presentado por la parte recurrida de que la imposición de una fecha límite de retroactividad a las pólizas *claims made* atenta contra la política pública - que requiere a los profesionales e instituciones de salud que demuestren su responsabilidad financiera para el año fiscal en que ejercerán sus funciones y, por lo tanto, el asegurador no puede limitar su exposición mediante una fecha de retroactividad. Este argumento no nos persuade.

No cabe duda de que existe un interés público que requiere a los profesionales e instituciones para el cuidado de la salud que puedan responder económicamente por actos de impericia profesional. Asimismo, es el público el que se ve más afectado por la falta de cubierta del profesional o la institución, ya sea porque el mercado no ofrece el producto o porque el asegurado no optó por una cubierta más amplia. De igual forma, es el Estado el que

debe velar por un balance entre la responsabilidad y necesidad de que los profesionales e instituciones para el cuidado de la salud tengan seguros asequibles para responder por daños por culpa o negligencia por impericia profesional, así como, por la estabilidad de la industria de seguros de la que dependen muchos de estos profesionales e instituciones para cumplir con el requisito impuesto por el Estado para practicar.²²

Empero, ello no implica invalidar o hacer caso omiso de lo claramente contratado por la partes para extender la cubierta a eventos que ni el asegurador ni la aseguradora tuvieron la intención de asegurar, como tampoco descartar un formulario de pólizas aprobado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.²³ Lo contrario extendería el riesgo asumido por la aseguradora en contravención a lo pactado por las partes y sin la debida compensación para ello.

Este Tribunal, al considerar la complejidad y efectos de los seguros por responsabilidad médico-hospitalaria en la sociedad y la industria de seguros, considera que el interés público se sirve mejor mediante legislación o reglamentación que le asegure a estos profesionales e instituciones - mediante el pago de primas asequibles -

²² Exposición de Motivos, Ley Núm. 4, *supra*, 1986 Leyes de Puerto Rico 733.

²³ No obstante, como bien señala Rolando Cruz: "La aprobación previa de los formularios por el Comisionado sólo pretende consignarle a éstos un *facie* de corrección para ambas partes contratantes". R. Cruz, Derecho de Seguros, San Juan, Ed. JTS, 1999, pág. 33.

pólizas con las menores interrupciones de cubierta u opciones para adquirir una cubierta adicional para los riesgos excluidos, y no a través de jurisprudencia que amplié lo contratado por las partes. Aunque reconocemos los altos costos de los seguros de responsabilidad profesional que de por sí soporta la clase médica de nuestro país, no podemos sino concluir que nuestro ordenamiento, aunque reglamenta extensamente los Contratos de Seguros, da margen a la libertad de contratación entre las partes. Véase, Art. 1207 del Código Civil, 31 L.P.R.A. sec. 3372. Véase además, R. Cruz, *op. cit.*, pág. 38. **Ante los hechos particulares de este caso, concluimos que la restricción de cubierta suscrita por la asegurada en cuanto a una fecha de retroactividad limitada respondió a la libertad de contratación de las partes y se encuentra dentro de los confines tolerados por nuestro ordenamiento. Ésta no atenta contra la política pública de Estado.**

III

Otro argumento que presenta la parte recurrida, aunque no abunda en el mismo, es que se afectarían los principios de prescripción del Código Civil si adoptáramos la interpretación propuesta por la peticionaria. Sin embargo, no hallamos en el presente caso fundamentos para concluir que los límites convenidos en cuanto a la exposición de la aseguradora por incidentes ocurridos previo a la fecha de

retroactividad de la póliza incidan sobre los principios de prescripción.

No está en controversia el que se haya presentado la Demanda contra la asegurada dentro del periodo prescriptivo de la acción. No obstante, durante ese periodo no se había expedido la Póliza Núm. HP10000175 por SIMED que la responsabilizara por la reclamación presentada según los términos de la misma. Por lo tanto, no podemos extender a la alegada víctima de impericia médica los beneficios de una cubierta a la que el propio asegurado no tiene derecho.

IV

Por los fundamentos antes expuestos, revocamos la Sentencia emitida por el Tribunal de Apelaciones. Esto por entender que en el caso de autos la póliza de seguro tipo *claims made* por responsabilidad profesional médico-hospitalaria con fecha de retroactividad limitada no viola la política pública del estado. La póliza contiene unos términos, condiciones y exclusiones claras y específicos que no están sujetos a varias interpretaciones.

Se dictará Sentencia de conformidad.

MILDRED G. PABON CHARNECO
JUEZA ASOCIADA

EN EL TRIBUNAL SUPREMO DE PUERTO RICO

Wilfredo Jiménez López, *et al*

Demandantes-Recurridos

v.

Sindicato de Aseguradores para
la Suscripción Conjunta de
Responsabilidad Profesional
Médico-Hospitalaria (SIMED)

CC-2007-754 *Certiorari*

Demandado-Peticionario

SENTENCIA

San Juan, Puerto Rico, a 6 de octubre de 2010.

Por los fundamentos antes expuestos, revocamos la Sentencia emitida por el Tribunal de Apelaciones. Esto por entender que en el caso de autos la póliza de seguro tipo *claims made* por responsabilidad profesional médico-hospitalaria con fecha de retroactividad limitada no viola la política pública del estado. La póliza contiene unos términos, condiciones y exclusiones claras y específicos que no están sujetos a varias interpretaciones.

Lo acordó el Tribunal y certifica la Secretaria del Tribunal Supremo. La Juez Asociada señora Rodríguez Rodríguez concurre sin opinión escrita. El Juez Asociado señor Martínez Torres inhibido.

Aida Ileana Oquendo Graulau
Secretaria del Tribunal Supremo