

BARRERAS A LA SALUD: CONFLICTO ENTRE EL ASEGURADOR V. EL ASEGURADO

ARTÍCULO

YANIXIA RODRÍGUEZ RAMOS*

I. TRASFONDO HISTÓRICO DEL DERECHO DE SALUD.....	553
II. EL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO.....	561
A. <i>Visión general</i>	561
III. PROBLEMAS ACTUALES CON EL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO.....	564
IV. DERECHOS DEL PACIENTE EN PUERTO RICO	566
A. <i>Exposición de derechos del paciente en Puerto Rico</i>	566
V. EXPECTATIVAS VERSUS REALIDADES DE CÓMO SE PROMUEVEN LOS DERECHOS DEL PACIENTE.....	568
VI. CÓDIGO DE SEGUROS.....	569
A. <i>Disposiciones Generales</i>	569
B. <i>Violaciones contra el Código de Seguros y la burocracia de las aseguradoras</i> ..	570
VII. LA BATALLA CON LAS ASEGURADORAS MÉDICAS: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA ...	573
A. <i>Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud, Inc.</i>	573
B. <i>Jiménez López v. SIMED</i>	575
C. <i>MCS Advantage v. Fossas Blanco</i>	578
D. <i>Montañez v. Triple-S Salud</i>	580
E. <i>Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S Salud, Inc.</i>	582
VIII. ANÁLISIS FINAL	584

I. TRASFONDO HISTÓRICO DEL DERECHO DE SALUD

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que incluye el acceso a servicios de salud de calidad y de forma oportuna para todas las personas.¹ Aun así, notamos disparidades en los servicios de salud que se ofrecen en Puerto Rico debido

* La autora es estudiante de segundo año de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico. Posee su bachillerato en Psicología General con concentración menor en Desarrollo Humano en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Cayey, donde se graduó con la distinción *Summa Cum Laude*. A través de este artículo, desea promover una discusión crítica y fundamentada sobre la urgente necesidad de revisar y reformular las políticas públicas que rigen el acceso a los servicios de salud, con miras de garantizar su carácter equitativo, digno y efectivo para todos. Extiende su mayor gratitud a su familia por su apoyo incondicional durante su formación jurídica.

a la inequidad socioeconómica. Este derecho no se reconoce en la Constitución de Estados Unidos ni en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. No obstante, el derecho a la salud se podría interpretar de manera conjunta con el derecho a la dignidad humana y la integridad personal y física, las cuales sí son reconocidas en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico debido al alcance que tiene para proteger la esencia y la paz social o colectiva del bienestar íntegro del ser humano.² Esta protección se ata, además, con otros compromisos jurídicamente vinculantes, aunque no posean el mismo significado. El concepto *dignidad humana* ha existido a lo largo de la historia y se considera la base de todos los derechos humanos.³ Sin embargo, es un concepto dinámico que se ha transformado conforme al dado contexto histórico y sociocultural, pero partiendo del propósito de preservar el valor ético de todas las personas.⁴ La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que todas las personas son libres e iguales en derechos; por ende, su base es la dignidad humana.⁵ Al momento de redactar la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico, se reconoció e incluyó el derecho a la dignidad humana en su segundo grupo de garantías tradicionales, ya que no estaban incluidas previamente en la Ley Jones.⁶ Esto ocurrió en respuesta al contexto histórico en el cual la Constitución se estaba adaptando.⁷ Aunque el concepto de integridad personal significa hecho de estar “íntacto”, “aquello que no le falta ninguna de sus partes” o “totalidad”, los miembros de la Asamblea Constituyente interpretaron el significado de integridad personal con mayor amplitud que el concepto de salud.⁸ Para ellos, el concepto de salud se trataba sobre el bienestar físico o la integridad corporal de la persona, entendiéndose con relación a las lesiones corporales o mentales.⁹ La Organización Mundial de la Salud hoy define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁰

La definición de salud, al igual que los esfuerzos realizados para que sea un derecho garantizado constitucionalmente, se ha ido moldeando y creando durante el transcurso

1 Véase Naciones Unidas, *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*, OFICINA DEL ALTO COMISIONADO NACIONES UNIDAS, <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions> (última visita 5 de marzo de 2025).

2 CONST. PR art. II, §§ 15-16.

3 Carlos Martínez Loza, *La dignidad humana como fundamento de los derechos humano*, IUS INKARRI (julio-diciembre 2023), https://www.researchgate.net/publication/374284909_La_dignidad_humana_como_fundamento_de_los_derechos_humanos.

4 Víctor M. Martínez Bullé-Goyri, *Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad*, BOLETÍN MEXICANO DE DERECHO COMPARADO (enero-abril 2013), <https://www.redalyc.org/pdf/427/4272564002.pdf>

5 Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, A.G. Res. 217(III) U.N. Doc. A/RES/217(I-II) (10 de diciembre de 1948).

6 CONST. PR art. I, § 1.

7 Raúl Canosa Usera, *La singularidad constitucional de Puerto Rico*, CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES, <https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2021-12/1411aibo05635.pdf> (última visita 28 de abril de 2025).

8 Marcos Cueto et al., *El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría*, 38 APUNTES: REV. DE CIENCIAS SOCIALES 129-156 (2011).

9 *Id.* en las págs. 136-37.

10 Véase *Preguntas más frecuentes*, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la,afecciones%20o%20enfermedades.%C2%BB> (última visita 5 de marzo de 2025).

histórico. Tal como el concepto de la dignidad humana, la importancia de crear y estructurar un sistema de salud que respondiera a las necesidades médicas en la sociedad se fundamenta en su carácter esencial: para el sustento de la humanidad; por ende, los servicios de salud se han estructurado mediante un sistema organizacional más completo y con el fin de ser lo más eficiente posible.¹¹ En sus orígenes, varios siglos atrás, los servicios de salud solo estaban disponibles para aquellas personas que podían costearlo, como ocurría en Europa, por ejemplo, durante el siglo XVIII.¹² No fue hasta el comienzo del periodo de la Industrialización, a finales del siglo XIX y de la Edad Contemporánea, que en países como el Reino Unido y Alemania se crearon instituciones gubernamentales para que los trabajadores pudieran recibir atención médica en casos donde se enfermaran o sufrieran un accidente mientras laboraban.¹³ Esto fue posible por las luchas de la clase trabajadora, donde le exigieron al Estado que garantizara los derechos laborales y la cobertura médica por el arduo trabajo que realizaban cada día en las fábricas y así no tener que incurrir en el costo de dicho servicio.¹⁴ La idea de ofrecer servicios de salud para todas las personas se convirtió mucho más predominante luego de la Segunda Guerra Mundial.¹⁵ Países del Bloque Soviético, como Mongolia y Polonia, tenían la perspectiva y creencia de que la salud y la educación son derechos que todas las personas deben tener y que dichos derechos deben ser accesibles independientemente de la capacidad de cada cual para poder pagarlas.¹⁶ No obstante, esta perspectiva se contrapone con el “Sueño Americano”, conocido en inglés como el “American Dream”, una ideología promovida en los Estados Unidos y en su versión del libre mercado, que impulsa la idea de que aquel que trabaje más arduamente ganaría más beneficios contra aquel que no trabaja, ya que este último se quedaría sin remedios y tendría que costearlo de su bolsillo.¹⁷ Fue así como diferentes naciones interpretaban y tomaban postura respecto al acceso a la atención médica.

Durante los últimos meses de la Segunda Guerra Mundial, el expresidente Harry Truman asumió la presidencia de Estados Unidos como sucesor de Franklin D. Roosevelt, luego de que éste falleciera durante su cargo.¹⁸ Previo a su muerte, el expresidente Roosevelt estaba elaborando el “Nuevo Acuerdo”, conocido en inglés como el “New Deal”, para restablecer y aliviar la situación económica a consecuencia de la

11 Liz J. Ortiz Laureano, *Transformacionales en la prestación de servicios de salud como parte de la reforma sanitaria, un análisis neoconstitucional el caso de Puerto Rico en el periodo 1993-2020* (2020) (tesis de Doctorado académico, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica), <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/e1372520-6289-479f-b4dc-1c8c9dfb15ce/content>

12 Javier Segura del Pozo, *La sanidad en el siglo XVIII (4): Enseñanza médica y atención sanitaria en España*, SALUD PÚBLICA Y OTRAS DUDAS (31 de marzo de 2024), <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2024/03/31/la-sanidad-en-elsiglo-xviii-4ensenanza-medica-y-atencion-sanitaria-en-espana/>.

13 Claire Bowes, *Por qué EE.UU. fue la única potencia occidental que rechazó la atención médica universal tras la Segunda Guerra Mundial*, BBC NEWS MUNDO (26 de septiembre de 2020), <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54153402>.

14 *History of social insurance*, DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG EUROPAVERTRETUNG, <https://dsv-europa.de/en/30-jahre-dsv/geschichte-der-sozialversicherung.html> (última visita 28 de abril de 2025).

15 Claire Bowes, *supra* nota 13.

16 TAMARA POPIC, HEALTH REFORMS IN POST-COMMUNIST EASTERN EUROPE (2023).

17 Bhaskar Sunkara, *The American dream is dead for many. Social democracy can bring it back*, THE GUARDIAN (16 de septiembre de 1992), <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/sep/16/social-democracy-america?>

18 Claire Bowes, *supra* nota 13.

Gran Depresión.¹⁹ El expresidente Truman, tomando en cuenta el estado de salud de la nación, instó a reconocer el hecho básico de que el costo del cuidado médico era prohibitivo para millones de estadounidenses.²⁰ Por esta razón, el expresidente Truman propuso implementar el “Acuerdo Justo”, en espíritu del “Nuevo Acuerdo”, para establecer un plan nacional de seguro médico.²¹ Para él, la salud y la riqueza funcionan en conjunto, debido a que si hay mejor salud la nación se fortalece y se logra mayor prosperidad y paz.²² El expresidente Truman comentaba lo siguiente: “Esa gente está condenada a veces a la muerte sencillamente porque no son ni lo suficientemente ricos ni pobres para ajustarse al esquema que tenemos en este país en el campo de la medicina moderna”.²³ Aun así, la medida no daba acceso completo a la asistencia médica sin más, a diferencia de otros países aliados, como el Reino Unido, cuyos hospitales, doctores y centros de salud eran controlados por el Estado y mediante el Servicio Nacional de Salud.²⁴ En contraste, el objetivo del expresidente Truman era que el gobierno organizara el pago por el cuidado y los servicios médicos mediante un programa de seguro obligatorio por ley.²⁵ Esto implicaba que los trabajadores tenían que pagar un impuesto mensual para que las compañías de seguro le pagaran a los hospitales y se repartieran los costos entre la población para sufragar a las poblaciones que necesitaban más apoyo económico. Aun así, los propios médicos se opusieron a que el acceso a la salud fuese gratuito por completo.²⁶ Este planteamiento fue promovido a través de la Asociación Médica Estadounidense con gran respaldo.²⁷ A los médicos les preocupaba perder su autonomía financiera para establecer sus propios términos relacionados con los pagos, su independencia y capacidad de practicar la medicina de acuerdo a su preferencia.²⁸ No deseaban estar subordinados a los planes médicos independientemente de si fuesen privados o públicos.²⁹ A pesar de ello, el Congreso de los Estados Unidos no aprobó la propuesta del expresidente Truman, ya que la mayoría era de la ideología conservadora y tradicionalista.³⁰ Por lo que la visión del presidente Truman para lograr que el derecho de salud alcanzara un rango constitucional, como un derecho humano, no tuvo éxito.³¹

No fue hasta el 1965 que el expresidente Lyndon Johnson firmó el *Medicare and Medicaid Act*, el cual estableció un plan médico que asegura a las personas mayores de sesenta y cinco años.³² Ciertamente, esto pareció representar un paso hacia un tipo de reconocimiento sobre el derecho a la salud en los Estados Unidos y, consecuentemente, para

¹⁹ *Id.*

²⁰ *Id.*

²¹ *Id.*

²² *Id.*

²³ *Id.*

²⁴ *Id.*

²⁵ *Id.*

²⁶ *Id.*

²⁷ *Id.*

²⁸ *Id.*

²⁹ *Id.*

³⁰ *Id.*

³¹ *Id.*

³² *Medicare and Medicaid Bill Act (1965)*, NATIONAL ARCHIVES (8 de febrero de 2022), <https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicaid-act>.

Puerto Rico. Sin embargo, la medida fue enfocada estrictamente para las personas mayores de edad, por lo que aún se excluye a una gran cantidad de ciudadanos norteamericanos y puertorriqueños que necesitan acceso garantizado a la cobertura médica.³³ Por otro lado, la Segunda Guerra Mundial, además, provocó que se reconfigurara el ordenamiento jurídico internacional y la forma en que las naciones se relacionaban entre sí. Dado lo sangriento y terrible que fue la Segunda Guerra Mundial, los vencedores de la guerra, los cuales se llamaron los “Aliados”, decidieron crear la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, “ONU”) para asegurar la hegemonía y sentido de seguridad entre las naciones.³⁴ Esto buscaba evitar que se repitiera un conflicto de tan grave magnitud como lo fue la Segunda Guerra Mundial. Siendo así, varios organismos internacionales fueron creados bajo la ONU con el objetivo de establecer dicho ordenamiento jurídico internacional basado en la colaboración entre los países aliados.³⁵ Como parte de esos esfuerzos, un comité técnico preparatorio redactó propuestas constitucionales enfocadas en el mejoramiento del manejo de las instituciones salubristas para presentarlas en la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York.³⁶ De esta manera, se logró adoptar y redactar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, “OMS”) en 1946.³⁷ La Constitución de la OMS fue firmada por distintos representantes de los cincuenta y un países miembros de la ONU.³⁸ Para que la Constitución entrara en vigor, también debía de ser ratificada por un mínimo de veintiséis países miembros de la ONU.³⁹ Consecuentemente, esto provocó pugnas y reservas entre los países, debido a que algunos de ellos contaban con ciertos entendidos sociales, culturales y filosóficos establecidos por su costumbre, por lo que no necesariamente se identificaban o asemejaban con los otros países aliados.⁴⁰

Puerto Rico, durante esta etapa, al ser una colonia de Estados Unidos, ya contaba con la Declaración de los Derechos Humanos que se emitió en 1948.⁴¹ No obstante, Puerto Rico se consideró parte del grupo de colonias perteneciéndoles a los países aliados que ganaron la Segunda Guerra Mundial, por lo que también estaba sujeta a un proceso de descolonización que encaminara a estos países colonizados hacia la unión permanente o a su independencia.⁴² En el caso de Puerto Rico, se optó por crear el Estado Libre Asociado.⁴³ Estados Unidos le presentó la propuesta a la ONU para cumplir con sus directrices, ya que el ELA suponía garantizar que Puerto Rico tuviese un gobierno bajo el sistema republicano, pero,

33 *Id.*

34 *Guía educativa: Nuestro Sistema de Gobierno y Tribunales*, PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO 7, https://poderjudicial.pr/documentos/orientacion/Guia_Educativa-1.pdf (última visita 5 de marzo de 2025).

35 *Historia de la OMS*, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, <https://www.who.int/es/about/history> (última visita 5 de marzo de 2025).

36 *Id.*

37 *Id.*

38 *Id.*

39 *Id.*

40 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, LOS PRIMEROS DIEZ AÑOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 47-48 (1958).

41 Véase Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, A.G. Res. 217(III) U.N. Doc. A/RES/217(III) (10 de diciembre de 1948).

42 *Guía educativa: Nuestro Sistema de Gobierno y Tribunales*, *supra* nota 34.

43 *Id.*

a la vez, incorporando los derechos civiles.⁴⁴ Puerto Rico contaba con la autorización del Congreso de Estados Unidos para desarrollar y crear su Constitución estatal mediante la Ley Núm. 600 del 3 de julio de 1950, conocida como la *Ley proveyendo para la organización de un Gobierno Constitucional por el pueblo de Puerto Rico*, (en adelante, “Ley 600”).⁴⁵ La Asamblea Constituyente asumió el cargo para crear el borrador de la Constitución de Puerto Rico y ellos deseaban tener una Constitución que estableciera un sistema republicano e incluyera una carta de derechos, en la cual se encontraba el derecho a la salud.⁴⁶ El derecho a la salud se incluyó en el borrador de la Constitución de Puerto Rico, entre otros derechos humanos, bajo la sección 20, utilizando un lenguaje que hacía valer este derecho de forma aspiracional dado que dependería del desarrollo económico que fuese teniendo el país.⁴⁷ Aun así, la Ley 600 exigía que los puertorriqueños tenían que llevar a cabo un proceso de votación para aprobar el documento final y que, luego, los representantes de la Asamblea Constituyente fueran a presentarlo ante el Congreso de Estados Unidos para que evaluara dicho documento.⁴⁸ Cuando la Asamblea Constituyente presentó el borrador ante el Presidente y el Congreso Federal, los congresistas estadounidenses no apoyaron la sección 20 del borrador y decidieron eliminarla antes de aprobar el resto del texto.⁴⁹ En 1952, finalmente, se aprueba el ELA, cuatro años después de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*.⁵⁰ A pesar de su exclusión, la sección 20 del segundo artículo fue incluido en el texto de la Constitución, disponiendo que “[e]l derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.⁵¹ Por tal razón, es entendible la confusión que podría crear sobre si tenemos o no el derecho a la salud expresamente reconocido. Es por esto por lo que parece necesario incluir una nota al calce de que este derecho no fue aprobado por el Congreso de Estados Unidos. Luego de la aprobación de la Constitución, los representantes de la Asamblea Constituyente regresaron a Puerto Rico y expresaron que deseaban que no se incluyera el derecho a la salud, pero que sí se reconocería en la Constitución el derecho a la vida y a la intimidad.⁵² Por lo tanto Puerto Rico, al igual que Estados Unidos, no reconoce el derecho a la salud ni se encuentra en el texto institucionalizado.

El Tribunal Supremo de Puerto Rico, en dos destacadas ocasiones, interpretó la sección 20 de la Constitución de formas desemejantes. La primera ocasión fue en 1985, en el caso *Amy v. Adm. Deporte Hípico*.⁵³ El Tribunal Supremo expresó que: “[e]l destino incier-

44 *Id.*

45 Ley proveyendo para la organización de un Gobierno Constitucional por el pueblo de Puerto Rico, Ley Núm. 600 del 3 de julio de 1950, 1 LPPRA Documentos Históricos (2023) en las págs. 139-140.

46 *Guía educativa: Nuestro Sistema de Gobierno y Tribunales*, *supra* nota 34.

47 *Id.*

48 1 LPPRA Documentos Históricos, en la pág. 140.

49 *Guía educativa: Nuestro Sistema de Gobierno y Tribunales*, *supra* nota 34.

50 *Id.*

51 CONST. PR art. II, § 20.

52 Propositiones y resoluciones de la Convención Constituyente de Puerto Rico 1951-1952, ACADEMIA PUERTORRIQUÑA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN (1992), <https://www.academiajurisprudenciapr.org/proposiciones-y-resoluciones-de-la-convencion-constituyente/>.

53 *Amy v. Adm. Deporte Hípico*, 116 DPR 414 (1985).

to de la frustrada [sección] 20 de nuestra Constitución, late entre aquellos derechos que[,], aunque no se mencionan expresamente en el texto, el pueblo se reserva frente al poder político creado”.⁵⁴ Enfatizó, además, el propósito que tenía la Convención Constituyente de expandir el alcance del concepto “vida” como derecho inalienable del hombre.⁵⁵ Entendían que la palabra “vida” abarcaba una serie de derechos fundamentales y humanos que, con el transcurso histórico, se han ido reconociendo e incorporando textualmente; entiéndase, como el derecho a la educación, el derecho al trabajo, y el derecho a tener un nivel de vida adecuado, por ejemplo.⁵⁶ Todos estos derechos son necesarios para el debido desenvolvimiento de la personalidad humana, por lo que son salvaguardados y defendidos mediante la cláusula del debido proceso de ley.⁵⁷ El Tribunal Supremo no puede interpretar nuestra Constitución de modo que conduzca a la restricción o reconocimiento de menos derechos que el mínimo requerido por el Gobierno Federal, pero sí puede reconocer más derechos como, por ejemplo, el derecho a la intimidad; y, en este caso otorgó mayor importancia a tener una “vida justa” y decente, al ser reconocido como un principio inalienable.⁵⁸ Dado el contexto histórico en el que este caso se atendió, había una crisis en el ELA, desempleo galopante e inflación económica, por lo que el Tribunal Supremo reconoció los derechos económicos y sociales que se incluyeron en la sección 20, más allá de los que el Congreso de Estados Unidos hubiera respaldado.⁵⁹ A base de la situación económica y social durante esta época, este caso representó un sentido de esperanza o un paso hacia el reconocimiento del derecho a la salud en Puerto Rico por parte del Tribunal Supremo.

En cambio, la segunda ocasión en la que el Tribunal Supremo atendió un caso pronunciándose sobre la sección 20 fue en 2004 en *García v. Aljoma Lumber, Inc.*⁶⁰ Al Tribunal Supremo le correspondió determinar si la cláusula constitucional contra riesgos para la salud o integridad personal del trabajador en su lugar de empleo es fundamento para una reclamación de instalación y daños y perjuicios contra el patrono cuando el trabajador es despedido por ausentarse por razón de enfermedad.⁶¹ Enfatizaron el hecho de que el significado de “integridad personal” debe entenderse con mayor amplitud que el concepto de “salud”.⁶² Sobre el concepto de “salud”, expresan que esto se refiere a la seguridad en el trabajo y a protección contra lesiones corporales o mentales relacionadas al trabajo, mientras que la “integridad personal” sanciona el menoscabo a la dignidad del obrero en el ámbito laboral, ya sea como consecuencia de ataques a su vida privada o a su reputación.⁶³ El razonamiento para esto se demuestra en la búsqueda de proteger al obrero tanto en el ámbito práctico de la salud física y mental, como en el ámbito de los valores sociales, como su intimidad o privacidad. El Tribunal Supremo determinó que el Congreso de los Estados

54 *Id.* en la pág. 421.

55 *Id.*

56 *Id.*

57 *Id.* en las págs. 421-22.

58 *Id.* en la pág. 421.

59 *Id.*

60 *García v. Aljoma Lumber, Inc.*, 162 DPR 572 (2004).

61 *Id.* en la pág. 577.

62 *Id.* en la pág. 592.

63 *Id.*

Unidos era quien tenía la última palabra en cuanto al contenido de la sección 20.⁶⁴ Esta decisión representó un retroceso de los derechos que se habían reconocido anteriormente en el caso de *Amy v. Adm. Deporte Hípico*.⁶⁵

A pesar de que el derecho a la salud no es reconocido por ninguna de las dos constituciones, Estados Unidos sí aprobó el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (en adelante, “CCPR”, por sus siglas en inglés), el cual entró en vigor en 1966.⁶⁶ En su preámbulo reconoce la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables.⁶⁷ Expone cómo los Estados que decidieron ratificar el CCPR tienen la obligación de promover el respeto universal y efectivo de los derechos y las libertades humanas.⁶⁸ No obstante, el CCPR no hace mención ni textualiza el derecho al acceso a la salud a diferencia del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (en adelante, “ICESCR”, por sus siglas en inglés), el cual reconoce expresamente el derecho a la salud como un derecho social que procura el bienestar general e integral de todos los seres humanos.⁶⁹ El ICESCR, al igual que el CCPR, entró en vigor en el 1976 luego de que treinta y cinco estados partes lo ratificaron.⁷⁰ El artículo 12 del ICESCR expone los siguientes derechos relacionados a la salud:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.⁷¹

Si bien los Estados Unidos respalda los derechos descritos en el documento, no está comprometido legalmente a acatarlos. El tratado fue firmado por el expresidente Jimmy

⁶⁴ *Id.* en la pág. 596.

⁶⁵ *Amy v. Adm. Deporte Hípico*, 116 DPR 414 (1985).

⁶⁶ Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, A.G. Res. 2200A(XXI) U.N. Doc. A/RES/2200A(XXI) (16 de diciembre de 1966).

⁶⁷ *Id.*

⁶⁸ *Id.*

⁶⁹ Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, A.G. Res. 2200A(XXI) U.N. Doc. A/RES/2200A(XXI) (16 de diciembre de 1966).

⁷⁰ *Id.*

⁷¹ *Id.* art. 12.

Carter en 1977, pero nunca se ha dado ningún paso hacia su ratificación.⁷² Para su aprobación, se necesita que una mayoría de dos tercios del Senado de los Estados Unidos lo apoye, fijando así dichos derechos económicos, sociales y culturales como garantías fundamentales para la prosperidad social, que podrían ser susceptibles de cualquier método de aplicación.⁷³ Consecuentemente, notamos las disparidades económicas, evidentes tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico, que se manifiestan palpablemente sobre la inequidad e inaccesibilidad a los servicios de salud y con los problemas relacionados a las aseguradoras médicas. Las aseguradoras médicas son en parte uno de los factores más destacados que han imposibilitado y limitado la prestación de los servicios médicos en Puerto Rico, provocando que estos servicios no siempre puedan ofrecerse eficazmente a la población.⁷⁴ Además, el sistema de salud en Puerto Rico se ha visto afectado por la crisis capitalista que el Gobierno de Puerto Rico no ha logrado atender, creando un sentido de inseguridad sobre el estado económico y los servicios de salud.⁷⁵ Esta situación ha generado un discurso público que plantea que la crisis no puede resolverse bajo el marco del patriarcado capitalista.⁷⁶

II. EL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO

A. *Visión general*

El sistema de salud en Puerto Rico ha experimentado cambios que han impactado directamente las condiciones de vida de las personas de forma palpable. Se ha intentado eliminar la segregación y la inequidad en los servicios de salud al ampliar su cobertura, calidad y eficiencia. A principios de 1900 se empezó a formalizar el sistema de la salud pública en Puerto Rico.⁷⁷ La asistencia médica durante este tiempo se ofrecía en cada municipio por sus hospitales municipales y beneficencias.⁷⁸ En 1912, el Departamento de Salud fue creado de conformidad con lo dispuesto en la *Ley Orgánica del Departamento Salud*, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, y elevado a rango constitucional en 1952, en virtud de lo dispuesto en el artículo IV, secciones 5 y 6 de la Constitución de Puerto Rico.⁷⁹ Esto

⁷² *Foreign Relations of the United States, 1977-1908, Volumen II, Human Rights and Humanitarian Affairs*, OFFICE OF THE HISTORIAN <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1977-80v02/d79> (última visita 5 de marzo de 2025).

⁷³ CONST. EE. UU. art. II, § 2.

⁷⁴ *Informe sobre desarrollo humano en Puerto Rico*, INST. EST. PR., LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO EN PUERTO RICO 119-156 https://estadisticas.pr/files/IDH_Capitulo_V.pdf (2016).

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ José G. Pérez Ramos et al., ¿Cómo es el colonialismo un determinante socioestructural de la salud en Puerto Rico?, *AMA JOURNAL ETHICS* (2022), <https://journalofethics.ama-assn.org/es/article/como-es-el-colonialismo-un-determinante-socioestructural-de-la-salud-en-puerto-rico/2022-04>.

⁷⁷ José G. Rigau Pérez, *El servicio de salud pública de los Estados Unidos en Puerto Rico, 1898-1918*, 19 *OP. CIT. REV. CENT. HIST.* 143-77 (2009).

⁷⁸ Norman Maldonado, *Historia de los servicios de salud pública: Una visión desde 1900 hasta el inicio de la regionalización*, 2 *GALENUS REV. MED. PR* 49-50 (2006).

⁷⁹ *Ley Orgánica del Departamento de Salud*, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, 3 *LPRA* § 171; CONST. PR art IV, §§ 5-6.

promovió el crecimiento y desarrollo del sistema de salud con el objetivo de “propiciar y conservar la salud para que cada ser humano disfrute del bienestar físico, emocional y social que le permita el pleno disfrute de la vida, y contribuir así al esfuerzo productivo y creador de la sociedad”.⁸⁰ De manera concreta, las funciones principales del Departamento de Salud son: (1) encargarse de la formulación y desarrollo de políticas públicas; (2) regular los servicios de salud, entendiéndose el ejercicio de las profesiones y los establecimientos en donde se ofrecen los servicios; (3) evaluar y controlar la calidad de los servicios; y (4) ejecutar programas de promoción de salud.⁸¹

Como parte de estos esfuerzos, se llevó a cabo un proyecto de regionalización bajo el cargo del Secretario de Salud, el Dr. Guillermo Arbona, con el apoyo de John B. Grant y de la Fundación Rockefeller, para brindar atención temprana a enfermedades, servicios preventivos y curativos a la población, debido al aumento de enfermedades crónicas degenerativas en la sociedad.⁸² En respuesta a la necesidad de asistir a los pacientes de forma más efectiva, los servicios médicos se empezaron a ofrecer mediante un sistema regional que constituía de tres niveles de servicio de cuidado médico.⁸³ Luego, en 1976 se aprobó la *Ley de reforma integral de servicios de salud de Puerto Rico*, Ley Núm. 11 de junio 23 de 1976, principalmente para extender el acceso a los servicios de salud y reestructurar algunos de los organismos públicos existentes.⁸⁴ Esta ley disponía que sería responsabilidad del Gobierno velar por las medidas que se toman para prestar los servicios de salud a la población, sin distinción alguna, y establecer la atención primaria de la salud.⁸⁵ Estas debían ser las prioridades más alta en el sistema de salud, reconociendo que la promoción, la prevención y la atención temprana de condiciones que afectan la salud son estrategias que protegen el estado de salud de la población y contribuyen a su bienestar, motivo por el cual el Estado debe contar con la participación y colaboración del sector privado para atender las necesidades del país.⁸⁶ Con la aprobación de esta reforma, se iniciaron los procesos de privatización del sistema de salud. De acuerdo al *Informe Económico del Gobernador de Puerto Rico de 1991* y el *Resumen Estadístico de Estados Unidos de 1991*, el cuarenta y siete por ciento de la población del país accedía a los servicios públicos de salud; el treinta y cuatro por ciento recibía atención financiada por el presupuesto general del Estado; y un trece por ciento mediante Medicare.⁸⁷ Un once por ciento no recibía ningún tipo de servicio y un cuarenta y dos por ciento del total de la población accedía a los servicios médicos privados.⁸⁸ Estos estudios revelaron también diferencias importantes en términos de la cantidad y calidad

80 *Informe sobre desarrollo humano en Puerto Rico*, supra nota 74, en la pág. 122.

81 *Plan Estratégico 2015-2019*, DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO, <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/PRDoH-Strategic-Plan-2015-2019.pdf>.

82 Norman Maldonado, *El Dr. John B. Grant y el Dr. Guillermo Arbona: Arquitectos del Sistema de Salud de Puerto Rico*, 71 *GALENUS REV. MED. PR* 66-67 (2016).

83 *Id.*

84 *Ley de reforma integral de los servicios de salud de Puerto Rico*, Ley Núm. 11 de junio 23 de 1976, 24 *LPRA* §§ 3001-3030 (2020).

85 *Id.* § 3002.

86 *Id.*

87 Patria G. Custodio, *Informe Económico al Gobernador*, JUNTA DE PLANIFICACIÓN (1991) <https://jp.pr.gov/wp-content/uploads/2021/09/Informe-Economico-al-Gobernador-1991.pdf>.

88 *Id.*

a favor de los servicios privados, al destacar que las cifras de mortalidad eran mayores en el grupo que recibía atención médica a nivel del sistema público en comparación con los que recibían servicios en el sistema privado.⁸⁹ Había una alta inequidad en la distribución de los recursos humanos debido a que estos se concentraban en las grandes áreas urbanas, junto con el crecimiento del gasto público en el sistema de salud, exponiendo así la ineficacia administrativa por parte del Estado.⁹⁰

Luego en 1993, el exgobernador Pedro Rosselló puso en marcha la reforma del sistema de salud, inspirado en la agenda del expresidente Bill Clinton de crear un seguro de salud para aproximadamente treinta y cinco millones de norteamericanos que no lo tenían.⁹¹ El propósito de la reforma era que se reconociera el derecho a la salud en Puerto Rico, corregir el acceso desigual a los servicios médicos, atender la contención de los costos, y minimizar el rol del Estado en el sistema de salud.⁹² Sin embargo, la reforma no ocurrió de esa manera, sino que el Estado pasó de ser un principal proveedor de servicios de salud a ser el administrador de los seguros privados. Bajo la reforma, el sector privado ahora asumiría la responsabilidad de administrar un seguro de salud para los usuarios del sector público y que los servicios fueran ofrecidos por los médicos, ya sea de la práctica privada o pública quienes los atendieran.⁹³ Se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante, “ASES”) mediante la *Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993*, como una corporación pública con personalidad jurídica independiente que contrataría a los seguros médicos privados.⁹⁴ Esto representó una fiscalización sobre las compañías aseguradoras contratadas con el fin de garantizar la libre selección y eficiencia de los servicios. En adición, ASES fue apoyada por todos los sectores y se convirtió en el ente responsable de negociar y contratar seguros de salud de calidad para sus asegurados, particularmente para las personas médico-indigentes.⁹⁵ A causa de esto, hubo un aumento en las aportaciones que las personas tenían que hacer para poder recibir los servicios de salud.⁹⁶ En 1996, previo a las elecciones generales, en un intento de cabildeo e iniciativa legislativa del gobierno, se aprobó la *Ley del derecho a la salud* con el fin de que el Estado reconociera el derecho a la salud como uno que se deriva de la Constitución de Puerto Rico.⁹⁷ Como se destaca anteriormente, el Congreso de los Estados Unidos no aprobó el reconocimiento en el momento que se entregó el borrador de la Constitución, por lo que esta ley es más simbólica y vista simultáneamente junto a ASES.⁹⁸

89 *Id.*

90 *Id.*

91 Norman Maldonado, *La reforma de salud del 1993*, 4 GALENUS REV. MED. PR 57 (2006).

92 *Id.*

93 *Id.*

94 Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, 24 LPRA § 7001 (2020).

95 *Id.*; Norman Maldonado, *La reforma de salud del 1993*, *supra* nota 91.

96 Antonio Gómez, *La Administración de Seguros de Salud (ASES) solicita un aumento presupuestario significativo para enfrentar compromisos programáticos*, REVISTA SEGUROS (24 de abril de 2025), <https://revista-seguros.com/con-el-42-de-la-poblacion-puerto-rico-lidera-en-dependencia-del-plan-de-salud-gubernamental/2025/24/15/48/featured/>.

97 Ley del derecho a la salud en Puerto Rico, Ley Núm. 150 de 19 de agosto de 1996, 24 LPRA § 3221 (2020).

98 *Guía educativa: Nuestro Sistema de Gobierno y Tribunales*, *supra* nota 34, en la pág. 7.

III. PROBLEMAS ACTUALES CON EL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO

Las disparidades en el ámbito de salud en Puerto Rico tienen sus raíces en factores históricos, culturales, políticos y económicos que inciden sobre aspectos biológicos, interpersonales y ambientales. Hay una crisis progresiva en las condiciones económicas y fiscales del sistema de salud en Puerto Rico.⁹⁹ Las ineficiencias del sistema de salud se han expuesto claramente ante la falta de recursos indispensables, entiéndase en la forma que gestionan sus servicios, su financiamiento, y la notable desigualdad en la oferta de asistencia médica. Sobre todo, se trata de una desproporcionalidad entre la causa que se quiere atender y los resultados de las reformas que se han implementado en el sistema de salud. Luego de la privatización de los centros de salud bajo la gobernación de Pedro Rosselló, su administración convirtió el sistema de salud a un sistema político, pasando el enfoque central de ofrecer servicios médicos eficientes para todos a un segundo plano, mientras priorizan los intereses políticos partidistas.¹⁰⁰ La situación se agudizó aún más con la crisis económica del 2008, por consecuencia de la forma en que el gobierno ha manejado las finanzas y los gastos gubernamentales, y cuyos efectos aún se sufren en el presente.¹⁰¹ En un intento para atender la crisis, el gobierno ha reducido los costos en el sistema de salud para aumentar la eficiencia económica y con la esperanza de obtener más ayuda federal como si fuese un estado de los Estados Unidos.¹⁰² En el 2016, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la *Ley de Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico*, también conocida como la *Ley PROMESA*, por sus siglas en inglés, para reestructurar las deudas de la Isla.¹⁰³ La *Ley PROMESA* tiene el propósito de que Puerto Rico logre recuperar el acceso a los mercados de capital y asumir responsabilidad fiscal, provocando recortes en los presupuestos de diferentes agencias, instituciones y sistemas.¹⁰⁴ Estos recortes han presentado un impacto adversativo y dañino para el sistema de salud, debido a que la Junta de Control Fiscal se ha enfocado en realizar recortes sustanciales en los costos de los servicios médicos en respuesta a la fragmentación de los servicios, la falta de eficiencia en la ejecución, la financiación inadecuada, y la falta de médicos en el país por su fuga al extranjero.¹⁰⁵ En los últimos diez años, 5,000 médicos han salido de Puerto Rico y se han ido a trabajar a Estados Unidos, provocando que haya menos médicos especialistas en la Isla.¹⁰⁶ Por otro lado, el incremento en los costos de los servicios médicos ha hecho que los servicios sean menos accesibles para la población necesitada, exponiendo así la desorganización y fragmentación en el sistema de salud. También se le adjudica responsabilidad a

99 Irene Lafarga Previdi & Carmen M. Vélez Vega, *Health Disparities Research Framework Adaptation to Reflect Puerto Rico's Socio-Cultural Context*, 17 INT'L J. OF ENVTL. RES. AND PUB. HEALTH 8544, 8551 (2020).

100 Nylca J. Muñoz Sosa, *Cultivando crisis: Una crítica social al sistema de salud de Puerto Rico* (2020) (disertación doctoral, en la pág. 107, Departamento de Ciencias Sociales de Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico) (en archivo de PDF).

101 *Id.* en las págs. 13-14.

102 *Id.* en la pág. 14.

103 *Id.*

104 *Id.*

105 *Id.*

106 Irene Lafarga Previdi & Carmen M. Vélez Vega, *supra* nota 99, en la pág. 3.

las aseguradoras médicas debido a las bajas tarifas que les pagan a los médicos en Puerto Rico.¹⁰⁷ De acuerdo con el plan revisado de la Junta de Supervisión Fiscal del 2019, certificaron que tomarían medidas con el fin de consolidar las agencias, reducir el tiempo que un paciente esté hospitalizado, y hacer recortes en los presupuestos.¹⁰⁸

Gran parte del problema se debe al control forzoso que han asumido las aseguradoras médicas, al racionar los fondos que se adjudican para los servicios de salud, junto con el mal uso de los fondos por las agencias administrativas del gobierno. Con la expectativa de que estos fondos sean dirigidos para costear los servicios médicos, al momento de adjudicarlos no están disponibles de forma equitativa, por lo que tampoco se ha promovido transparencia en su manejo. Consecuentemente, esto ha impactado directamente y de forma nociva a las poblaciones más vulnerables y empobrecidas, y especialmente aquellos de edad avanzada que son diagnosticados con enfermedades crónicas o que viven en condiciones adversas por múltiples factores sociales.¹⁰⁹ Entre los cambios demográficos más significativos de la población en Puerto Rico, se destaca el aumento en la población de edad avanzada.¹¹⁰ El envejecimiento poblacional en el 2021 comprendía el veintitrés por ciento de la población total de Puerto Rico.¹¹¹ El envejecimiento de la población implica un incremento en la cantidad de recursos que se tendrán que destinar al cuidado de los adultos mayores, a pesar de que estos recursos son escasos y difíciles de obtener en Puerto Rico. El limitado acceso de los servicios médicos de calidad también se ven disminuidos por la escasez de recursos y de proveedores médicos, ya que muchos médicos profesionales han decidido ofrecer sus servicios en el extranjero aún luego de haberse preparado académicamente en la Isla.¹¹² Considerando todo lo anterior, puede tomar meses o hasta un año obtener una cita médica.¹¹³ El presidente del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, el cardiólogo Carlos Díaz Vélez explicó que, para la población mayor se requiere mayor atención en las visitas, lo que exige más tiempo y demanda de procedimiento.¹¹⁴ Esto equivale a una sobrecarga para los médicos que ofrecen sus servicios, limitando sus disponibilidades para atender con mayor prontitud o urgencia los casos que se les presenten, los cuales en muchas ocasiones podrían tratarse de enfermedades que requieren un cuidado más especializado y consecuentemente más costoso.¹¹⁵ Según un estudio realizado

¹⁰⁷ Jorge J. Muñiz Ortiz, *El sistema de salud en Puerto Rico: Otro colapso social de la isla*, SWISSINFO.CH (17 de febrero de 2023), <https://www.swissinfo.ch/spa/el-sistema-de-salud-en-puerto-rico-otro-colapso-social-de-la-isla/48295540>.

¹⁰⁸ FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, 2019 FISCAL PLAN FOR PUERTO RICO: RESTORING GROWTH AND PROSPERITY 116 (2019), <https://bvvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/reogGubernamental/PDF/PROMESA/PFPR19.pdf>.

¹⁰⁹ Irene Lafarga Previdi & Carmen M. Vélez Vega, *supra* nota 99, en la pág. 3.

¹¹⁰ Red State Data Center de Puerto Rico, *Se reduce a casi medio millón la población de menores de 18 años*, INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS DE PUERTO RICO (30 de junio de 2022), <https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2022-06-30t160500>.

¹¹¹ *Id.*

¹¹² Joaquín A. Rosado Lebrón, *Citas médicas a leguas en Puerto Rico*, METRO PUERTO RICO (14 de marzo de 2024), <https://www.metro.pr/noticias/2024/03/14/citas-medicas-a-leguas-en-puerto-rico/>.

¹¹³ *Id.*

¹¹⁴ *Id.*

¹¹⁵ *Id.*

en el 2013, el gasto total de utilización de servicios para las compañías aseguradoras fue de \$726,068,783 mientras que para los asegurados el total de copagos fue de \$861,749,118.¹¹⁶ El gasto total combinado fue de \$1,587,817,901.¹¹⁷ Estos resultados no incluyen los gastos de cuidado informal o formal en el hogar, alimentación especial y transporte, entre otros, lo cual podría incrementar notablemente el gasto total por cada paciente. Los resultados reflejan la necesidad de proveer fondos para la población de adultos mayores. El *Centro de Periodismo Investigativo de Puerto Rico* elaboró una base de datos obtenida del Registro Demográfico de Puerto Rico y establecieron que en el año 2022 hubo 35,400 muertes, excediendo la cifra de muertes a consecuencia del paso del huracán María por 3,300 muertes más.¹¹⁸ Parece razonable que debido a la falta salubrista en la Isla ocurra una intervención federal para intentar minimizar paulatinamente las disparidades en el sistema de salud.

IV. DERECHOS DEL PACIENTE EN PUERTO RICO

A. *Exposición de derechos del paciente en Puerto Rico*

En el 2000, se aprobó la *Carta de derechos y responsabilidades del paciente*, Ley Núm. 194-2000.¹¹⁹ El propósito principal de esta ley consta en “lograr que todos los ciudadanos tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de calidad, de acuerdo con sus necesidades e irrespectivamente de su condición socioeconómica y capacidad de pago”.¹²⁰ Reconoce el concepto de calidad de vida y el derecho humano fundamental de los ciudadanos a tener acceso a los servicios médicos, independientemente de las condiciones socioeconómicas de la persona que lo necesite.¹²¹ Fue realizada además, en respuesta a los cambios en la industria de servicios de salud, por lo que es vital que las personas conozcan y tengan disponible toda la información de la manera más completa y fidedigna, conscientes a la vez de sus derechos y responsabilidades.¹²² La *Ley Núm. 194-2000* establece que: “[t]odo paciente tendrá derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina”.¹²³

Se reconoce también el derecho a recibir información cierta, confiable, oportuna, suficiente, de fácil comprensión, y adecuada a sus necesidades con relación a sus planes de seguros de salud, las facilidades, y los profesionales de salud de su selección.¹²⁴ Esta ley

¹¹⁶ Informe de la Salud en Puerto Rico, 2016, Capítulo 2: Perfil de Salud y Gastos en Salud de los Adultos Mayores en Puerto Rico en 2013, Departamento de Salud, pág. 36 (2016) (en archivo de PDF).

¹¹⁷ *Id.* en la pág. 36.

¹¹⁸ Omayá Sosa Pascual et al., *Más personas mueren en Puerto Rico mientras el sistema de salud se desmorona*, CENTRO DE PERIODISMO INVESTIGATIVO (28 de noviembre de 2023), <https://periodismoinvestigativo.com/2023/11/mortalidad-historica-en-puerto-rico-mientras-el-sistema-de-salud-se-desmorona/>.

¹¹⁹ Carta de derechos y responsabilidades del paciente, Ley Núm. 194-2000, 24 LPRA §§ 3041-3058 (2020 & Supl. 2024).

¹²⁰ Exposición de motivos, Carta de derechos y responsabilidades del paciente, Ley Núm. 194-2000, 2000 LPR 1274.

¹²¹ *Id.*

¹²² *Id.* en la pág. 1275.

¹²³ 24 LPRA § 3042.

¹²⁴ *Id.* § 3043.

también expone las penalidades que los proveedores y las aseguradoras de servicios de salud podrían estar sujetas en caso de incumplimiento con ciertos requisitos, como no divulgar la totalidad de la información requerida o divulgar intencionalmente o a sabiendas información falsa.¹²⁵ Esta ley aplica a todas las facilidades y servicios de salud médico-hospitalarios, profesionales de salud, aseguradoras y planes de cuidado de salud, cobijando a todos los usuarios y consumidores de esos servicios sin importar que los proveedores de servicios sean públicos o privados.¹²⁶ Uno de los elementos clave en la prestación de servicios de salud son los contratos y las coberturas que los pacientes establecen con las compañías de seguros.¹²⁷ Los usuarios de dichas compañías destinan importantes cantidades de dinero a sus seguros de salud para asegurar que reciban la atención necesaria cuando enfrenten problemas de salud.¹²⁸ La Asamblea Legislativa de Puerto Rico aprobó la *Ley Núm. 114-2010* con el fin añadir y reconocer el derecho a la confidencialidad de información y récords médicos, al igual que se le provea al usuario un desglose detallado por parte de la aseguradora médica, la facilidad de salud, o del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, detallando los servicios y gastos generales incurridos.¹²⁹ Esta medida pretende garantizar la protección de la intimidad del usuario y poder acceder oportunamente una copia de su expediente médico.¹³⁰ Luego se aprobó la *Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, Ley Núm. 77-2013, la cual creó la Oficina del Procurador del Paciente (en adelante, “OPP”) como una de naturaleza independiente para asumir las facultades indispensables y necesarias conforme a la Carta de derechos y responsabilidades del paciente.¹³¹ El artículo 4 de la Ley establece que la OPP tiene el deber y función de:

- (a) Garantizar la accesibilidad del cuidado médico.
- (b) Servir de facilitador para que el servicio médico llegue a cada paciente beneficiario del Sistema de Salud de la forma más eficiente.
- (c) Velar que el servicio médico ofrecido sea de calidad y esté basado en las necesidades del paciente, así como garantizar que se brinde de una forma digna, justa y con respeto por la vida humana.
- (d) Identificar las vías más adecuadas para atender de forma responsable y ágil . . . los problemas y querellas de los pacientes beneficiarios del sistema de salud.¹³²

El Procurador tiene la obligación de procesar las querellas que presenten los pacientes, padres o tutores, relacionadas con las entidades privadas y públicas que proveen servicios

¹²⁵ *Id.* § 3057.

¹²⁶ *Id.* § 3041 (nota).

¹²⁷ Enmienda a la Carta de derechos y responsabilidades del paciente, Ley Núm. 114-2010, 2010 LPR 751.

¹²⁸ *Id.* en las págs. 751-52.

¹²⁹ *Id.* en la pág. 752 (el artículo 1 de esta ley añade un inciso (g) en la sección 3049 en la 24 LPRA § 3049, titulada “Derechos—Confidencialidad de información y récords médicos”).

¹³⁰ *Id.*

¹³¹ Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 77-2013, 1 LPRA §§ 741-53 (2023).

¹³² *Id.* §§ 743a-743d.

de salud, y tienen la facultad de adoptar los reglamentos necesarios para el funcionamiento de la OPP, al igual que imponer multas administrativas por violaciones a dichos reglamentos.¹³³

V. EXPECTATIVAS VERSUS REALIDADES DE CÓMO SE PROMUEVEN LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Promover los derechos de los pacientes en Puerto Rico implica una serie de expectativas que a menudo choca con la realidad de la ineficiencia de nuestro sistema de salud actual en la Isla. En contraposición con los propósitos destacados en la exposición de motivos de ambas leyes, el impacto de su inaplicabilidad se refleja en la falta de promoción y respaldo de estas garantías legisladas. Los noticiarios y periódicos del país exponen diariamente historias y sucesos desgarradores sobre casos de pacientes que se les han negados servicios esenciales de salud, a pesar de padecer de condiciones graves o estar en peligro inminente de muerte.¹³⁴ La demora en aprobar los tratamientos médicos necesarios, la falta de divulgación sobre otras opciones de medicamentos que podrían tener disponibles para atender sus condiciones, y la toma de decisiones arbitrarias sobre restricciones a la cobertura de servicios médicos, son ejemplos de cómo el sistema de salud y las aseguradoras médicas han fallado a miles de puertorriqueños cada día.¹³⁵ Al no implementarse mecanismos que agilicen el proceso para reportar violaciones a los derechos del paciente, los procesos son percibidos a menudo como complicados y desalienta a los pacientes de acudir al OPP. Aun así, no se promueven cabalmente estas garantías respecto a la disponibilidad y acceso a servicios médicos de calidad, ni que los usuarios tengan disponible toda la información necesaria para conocer los recursos que tienen a su disposición. A esto se le añade la poca libertad que algunos asegurados poseen para escoger al profesional de la salud de su preferencia. El derecho de los asegurados de poder tomar sus propias decisiones se ve restringido o condicionado a la cobertura que les provea su aseguradora médica, o como en otros casos, las personas simplemente no tienen plan médico por la crisis económica que acapara la Isla y no tienen otra opción que pagar de su bolsillo. Las aseguradoras médicas, con su enorme poder económico, han logrado en gran medida dominar y controlar la prestación de servicios, y además influenciar sobre el Gobierno y el desarrollo de la política pública salubrista. Quizás uno de los impactos más fatídicos es la falta de transparencia en la rendición de cuentas a sus propios asegurados, lo cual limita su participación en procesos decisionales.¹³⁶ Esto restringe su defensa y elimina una dimensión esencial de la democracia. Esta postura se aleja del modelo de salud centrado en las necesidades de los pacientes y asegurados, ya que nuestra relación política colonial con los Estados Unidos ha socavado el derecho a la salud del pueblo junto con la crisis fiscal que Puerto Rico continúa enfrentando.

¹³³ *Id.* § 746g.

¹³⁴ Muñoz Ortiz, *supra* en la nota 107.

¹³⁵ *Id.*

¹³⁶ *Id.*

VI. CÓDIGO DE SEGUROS

A. Disposiciones Generales

“[L]a industria de seguros está revestida de un gran interés público debido a su importancia, complejidad y efecto en la economía y la sociedad”.¹³⁷ Es por este interés público que el Estado tiene un interés legítimo en reglamentarla de manera rigurosa y extensa mediante la *Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957*, según enmendada, conocida como el Código de Seguros de Puerto Rico (en adelante, “Código de Seguros”).¹³⁸ Con tal de cumplir dicho interés público, la Asamblea Legislativa le ha conferido amplios poderes y facultades a la Oficina del Comisionado de Seguro (en adelante, “OCS”), entre ellos, el poder de fiscalizar y reglamentar la industria de seguros, además de velar por el cumplimiento de las disposiciones del Código de Seguros.¹³⁹ La ley le delega al Comisionado la potestad de llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código de Seguros, al igual que el poder de adjudicar controversias vinculadas a infracciones al Código de Seguros o a su Reglamento.¹⁴⁰ Los tribunales le han reconocido discreción a las agencias administrativas respecto a la selección de las medidas que les auxilien en su función de velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos de acuerdo con la administración e implantación que se les ha delegado.¹⁴¹ Dicho esto, esta discreción debe reconocerse siempre que las agencias actúen dentro del marco de su conocimiento especializado en dicho ámbito y conforme a la ley, por lo que no se permite que procedan arbitraria o caprichosamente en su función ni que abusen de la misma. Les corresponde a los foros judiciales “evitar que los administradores actúen ilegalmente o cometan arbitrariedades al imponer sanciones”.¹⁴²

La relación entre las aseguradoras y los asegurados es de naturaleza contractual, por lo que se da en el marco de un deber de actuar de buena fe entre las partes. En ese sentido, los contratantes no solo se encuentran obligados al cumplimiento de lo expresamente pactado y consentido, sino también a todas las consecuencias que sean conformes a la buena fe, al uso y a la ley.¹⁴³ El Código de Seguros reglamenta los preceptos estatutarios que se han ido ajustando a las nuevas prácticas de la industria de seguros para proteger al asegurado contra métodos desleales de competencia, o actos o prácticas injustas, engañosas y hasta fraudulentas,¹⁴⁴ que no solo perjudican al consumidor de seguro, sino también a la economía del país y a la sociedad en general. Se le confiere al Comisionado de Seguros la facultad y la autoridad en ley para examinar e investigar todas las controversias relacionadas al pago puntual de reclamaciones por servicios de cuidado de salud y facturación uniforme,

¹³⁷ *Jiménez López v. SIMED*, 180 DPR 1, 8 (2010).

¹³⁸ Cód. SEG. PR, 26 LPRA §§ 101-8096 (2022 & Supl. 2024).

¹³⁹ *Id.* § 235.

¹⁴⁰ *Id.*

¹⁴¹ *Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S*, 191 DPR 536, 542 (2014) (Martínez Torres, opinión de conformidad) (*citando a* *Comisionado de Seguros de PR v. Antillas Ins. Co.*, 145 DPR 226, 233-34 (1998)).

¹⁴² *Assoc. Ins. Agencies. Inc. v. Com. Seg.* PR, 144 DPR 425, 440 (1997).

¹⁴³ Cód. Civ. PR art. 1210, 31 LPRA § 3375 (1930) (derogado 2020).

¹⁴⁴ 26 LPRA §§ 2701-2715.

incluidas aquellas relacionadas al reembolso.¹⁴⁵ La OCS tiene jurisdicción original respecto a las controversias que surjan entre los asegurados y aseguradoras u organizaciones de servicios de salud.¹⁴⁶ En su análisis respecto al caso que se le presente, debe tomar en consideración los términos estipulados en una póliza de seguro contratada, debido a que en esta se plasman los derechos y las obligaciones de las partes contratantes. Los contratos con las aseguradoras médicas son considerados como contratos de adhesión,¹⁴⁷ por lo que sus términos, condiciones y exclusiones deben ser claros y específicos para que no den margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones que puedan afectar las garantías del asegurado. Existen también los contratos de seguro por responsabilidad médico-hospitalario, la cual constituye una cubierta de seguros de responsabilidad profesional para cubrir riesgos de daño por culpa o negligencia por impericia profesional para los profesionales de servicios de salud e instituciones de cuidado de salud.¹⁴⁸ De la misma forma, los términos estipulados en una póliza de seguro determinan los derechos y las obligaciones de las partes contratantes, y constituyen la ley que regirá entre ellas.¹⁴⁹ Las cláusulas de exclusión son parte de estos tipos de contratos y podrían resultar ser las más problemáticas debido a que tienen la función de eliminar la responsabilidad que tiene un asegurador de indemnizar al asegurado por pérdidas resultantes de los riesgos excluidos.¹⁵⁰ Aun así, estas cláusulas se interpretan restrictivamente a favor del asegurado, pero si la exclusión aparece claramente en el contrato y aplica a determinada situación, la aseguradora no está obligada a responder por esos riesgos.¹⁵¹

B. *Violaciones contra el Código de Seguros y la burocracia de las aseguradoras*

El Código de Seguros ha sido objeto de numerosas y frecuentes violaciones por parte de las aseguradoras médicas contra sus asegurados que pueden tardar hasta más de un año y medio en resolverse.¹⁵² Desde la obstrucción de acceso a documentos, prácticas desleales en el ajuste de reclamaciones, cobro y contabilidad inadecuada de prima, o la devolución tardía de primas cobradas en exceso, ejemplifican algunas de las razones principales por las cuales se manifiesta una constante batalla y falta de respaldo adecuado por parte de las aseguradoras médicas privadas en contra de sus asegurados y proveedores de salud.¹⁵³ En el 2019, en un intento de establecer un proceso expedito para finiquitar las controversias planteadas por las aseguradoras privadas, se presentó el Proyecto del Senado 1349 para enmendar el Código de Seguros en aras de agilizar y hacer más eficientes los procesos de

¹⁴⁵ *Id.* § 3007.

¹⁴⁶ *Id.*

¹⁴⁷ *Id.* § 3101.

¹⁴⁸ SLG Francis-Acevedo v. SIMED, 176 DPR 372, 384-385 (2009).

¹⁴⁹ *Id.* en la pág. 386.

¹⁵⁰ *Id.* en la pág. 388.

¹⁵¹ Monteagudo Pérez v. ELA, 172 DPR 12, 21 (2007).

¹⁵² OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO, VIOLACIONES MÁS FRECUENTES AL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO, https://docs.pr.gov/files/OCS/Asuntos_Legales/Documents/Violaciones%20ma%CC%81s%20frecuentes%20y%20orange%20de%20multa%20segu%CC%81n%20CSPR%20-%20para%20publicar.pdf.

¹⁵³ *Id.*

reclamación.¹⁵⁴ A pesar de que el propio Comisionado de Seguros, el licenciado Alexander Adams Vega, apoyó que se llegaran a cabo cambios para mejorar la agilidad de los procesos de resolución de pago de reclamaciones de servicios prestados por proveedores de salud, el proyecto fue vetado por el exgobernador Pedro Pierluisi.¹⁵⁵ El exgobernador respaldó su decisión bajo el fundamento de que el capítulo 30 del Código de Seguros ya tiene un proceso expedito de pagos a las aseguradoras y además por su entendimiento de que de ser aprobado convertiría al Comisionado de Seguros en juez y tendría que resolver las disputas de forma sumaria atentando de esta manera contra el debido proceso de ley de la parte afectada.¹⁵⁶ En el 2012, el capítulo 30 fue enmendado con el objetivo de propiciar el pago oportuno a los proveedores de salud y reducir el pago que les corresponde realizar.¹⁵⁷ El capítulo enmendado provee un plazo de treinta días para procesar el pago de reclamación por parte de los proveedores.¹⁵⁸

Para los médicos en Puerto Rico, el proceso de facturación es de los problemas más relevantes y notables, luego de la privatización del sistema de salud, y es parte de la razón por la cual ha incrementado exponencialmente la fuga de proveedores médicos al extranjero, ya que ven sus líneas de crédito afectadas.¹⁵⁹ Esto ha afectado el cuadro económico de varios hospitales en la Isla, como la quiebra del grupo de hospitales HIMA San Pablo y la insuficiencia de fondos en el Hospital el Maestro provocando una falta de personal que ha afectado el servicio a los pacientes.¹⁶⁰ La situación se alivió momentáneamente durante la pandemia del COVID-19 por los fondos federales recibidos,¹⁶¹ pero ya estos fondos no existen, por lo cual los costos han continuado aumentando, y los reembolsos que reciben los hospitales han disminuido.¹⁶² Esto representa además una lucha con algunas de las aseguradoras públicas principales en la Isla como Medicaid y Medicare, ya que los reembolsos estas proporcionan no dan abasto para cubrir los gastos de los hospitales y de su personal cuando la mayoría de los puertorriqueños dependen de estas aseguradoras.¹⁶³ Las aseguradoras médicas fungen un rol principal sobre la ineffectividad del sistema de salud en Puerto Rico, pero es necesario resaltar que los hospitales y sus directores administrativos deben también asumir cierta responsabilidad sobre la forma en que han manejado sus procesos de facturación. Se podría observar en la manera en que no someten sus reclamaciones

¹⁵⁴ Véase P. del S. 1349 de 4 de octubre de 2023, 6ta Ses. Ord., 19na Asam. Leg.

¹⁵⁵ Pedro Menéndez Sanabria, *Gobernador no da paso a reconciliación expedita de facturas*, EL VOCERO (9 de marzo de 2024), https://www.elvocero.com/gobierno/gobernador-no-da-paso-a-reconciliacion-expedita-de-facturas/article_b1d89544-696e-11ef-a306-2f4992a23f59.html.

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ Exposición de motivos, Ley para enmendar el artículo 30.05 del Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 265-2012.

¹⁵⁸ Cód. SEG. PR, 26 LPRA § 3002 (2022 & Supl. 2024).

¹⁵⁹ Leoncio Pineda Dattari, *Colegio de Médicos y legisladores apuntan a las aseguradoras por la fuga de médicos*, NOTICEL (17 de agosto de 2022), <https://www.noticel.com/ahora/salud/20220817/colegio-de-medicos-y-legisladores-apuntan-a-la-s-aseguradoras-por-la-fuga-de-medicos/>.

¹⁶⁰ Andrea Cruz, *Se complica la crisis en hospitales*, EL VOCERO (19 de abril de 2024), https://www.elvocero.com/gobierno/se-complica-la-crisis-en-hospitales/article_554a75e2-fddd-11ee-a836-333e0ce6d34a.html.

¹⁶¹ *Id.*

¹⁶² *Id.*

¹⁶³ *Id.*

contra las aseguradoras de forma puntual con la información completa, términos y condiciones que requieren para poder efectuarlos debidamente.

Otra batalla que pone en manifiesto el problema administrativo y burocrático de las aseguradoras médicas y que promueve la falta de acceso a salud y de tratamientos adecuados es respecto a la cobertura de los medicamentos recetados a sus asegurados. El costo anual de los medicamentos ha ido aumentando entre un tres y quince por ciento luego de la pandemia del COVID-19, lo que ha generado además la escasez de algunos fármacos importantes.¹⁶⁴ Las aseguradoras médicas han optado por financiar los gastos que asumen para sus asegurados y reducirlos de distintas maneras.¹⁶⁵ Se manifiesta cuando eliminan de su formulario de medicamentos cubiertos los medicamentos recetados de marca para añadir otros medicamentos genéricos o bioequivalentes.¹⁶⁶ Estos son mucho más económicos y pueden ofrecer resultados similares a los medicamentos de marca.¹⁶⁷ A pesar de esto, dependiendo de la condición médica a tratarse o si a un paciente ya le ha fallado terapéuticamente varios medicamentos genéricos disponibles en el mercado, este necesitaría el medicamento de marca y no el genérico.¹⁶⁸ Le corresponde a los médicos enviar a las aseguradoras médicas una justificación clínica para informarles que el medicamento de marca es necesario para el tratamiento y que el medicamento genérico o bioequivalente tendría un efecto adverso.¹⁶⁹ Esta es también una de las modalidades en las que las aseguradoras médicas controlan y no le otorgan respeto al juicio clínico del médico al asumir el comando al momento de determinar qué tipo de tratamiento le van a proveer al asegurado cuando es el médico quien conoce el cuadro clínico del paciente y sus necesidades. Consecuentemente esto podría desestimular al médico que posee la vocación de tratar adecuadamente al paciente de acuerdo con su condición de salud y otro de los motivos por los cuales podrían preferir ofrecer sus servicios en el extranjero para no estar sujetos al control riguroso por parte de las aseguradoras médicas privadas.

El 8 de mayo de 2023, Ana Irma Rivera Lassén y Rafael Bernabe Riefkohl presentaron el Proyecto del Senado 1205 en un intento por garantizar a la población puertorriqueña acceso a los medicamentos.¹⁷⁰ Este proyecto busca enmendar la ley de ASES, añadir un tercer inciso al artículo 2.050 (a) del capítulo 2 y enmendar el artículo 4.120 del capítulo 4 del Código de Seguros.¹⁷¹ El propósito del proyecto es garantizar el acceso a medicamentos recetados que, según el juicio del proveedor de salud, son necesarios para mantener o

¹⁶⁴ Marga Parés Arroyo, *Peligroso aumento en el costo de medicamentos dificulta el acceso y podría provocar complicaciones en la salud*, EL NUEVO DÍA (24 de marzo de 2024), <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/notas/peligroso-el-aumento-en-el-costo-de-los-medicamentos/>.

¹⁶⁵ José Maldonado Marrero, *Proponen fondo compartido entre aseguradoras para mitigar impacto de tratamientos de alto costo*, REVISTA SEGUROS y FIANZAS (7 de febrero de 2025), <https://revistaseguros.com/proponen-fondo-compartido-entre-aseguradoras-para-mitigar-impacto-de-tratamientos-de-alto-costo/2025/07/15/50/featured/>.

¹⁶⁶ Craig Sorkin, *What to Do If Your Medication is Not Covered by Insurance*, K HEALTH (3 de enero de 2023), <https://khealth.com/learn/healthcare/medication-not-covered-by-insurance/>.

¹⁶⁷ *Id.*

¹⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁹ *Id.*

¹⁷⁰ P. del S. 1205 de 8 de mayo de 2023, 5ta Ses. Ord., 19na Asam. Leg.

¹⁷¹ *Id.* en la pág. 1.

recuperar la condición óptima del paciente, y no aquellos que se eligen según el criterio costo-efectividad de las aseguradoras médicas privadas.¹⁷² Esto requiere que se disminuya la onerosidad en los procesos para adquirir medicamentos recetados y limitar las enmiendas de las aseguradoras médicas privadas que atentan contra el bienestar integral de los pacientes. El proyecto fue aprobado por el cuerpo legislativo y estableció que ningún asegurador que provea planes médicos, grupales o individuales podrá sustituir el criterio médico del proveedor o proveedora de salud por su criterio propio en la determinación de cuidados o medicamentos de receta, “incluyendo la dosis, cuantía y la totalidad de las repeticiones de estos, que constituyen la necesidad médica de un o una paciente”.¹⁷³ Los planes médicos Medicare y Medicaid y el Comisionado de Seguro Alexander Adams, no están de acuerdo con el Proyecto del Senado 1205 al entender que no ayuda al paciente sino que entorpece el monitoreo adecuado de la condición del paciente y de su tratamiento ya que no verá la necesidad de hacer las visitas de seguimiento con su médico.¹⁷⁴ Discrepo con este planteamiento debido a que este proyecto atenta directamente contra la burocracia y el control mal regulado en su operación por limitar los gastos que contractualmente se ven obligados a cumplir con sus asegurados. Además, esto permitiría reducir las barreras administrativas, como la denegación de servicios o la aprobación tardía de medicamentos que desmotivan a los pacientes a continuar con su tratamiento y asistir a sus visitas médicas. Por lo tanto, ayudaría a facilitar un monitoreo más constante y efectivo de las condiciones de salud de los pacientes.

VII. LA BATALLA CON LAS ASEGURADORAS MÉDICAS: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA

Los casos que se presentan en los tribunales de Puerto Rico relacionados a reclamaciones por asegurados contra aseguradoras comúnmente tienden a resolverse en el Tribunal de Primera Instancia o, a petición de una de las partes, pasan a nivel apelativo, pero sí se han atendido casos en el Tribunal Supremo. Con el motivo de comprender las posturas y los acercamientos que han tomado el Tribunal Supremo y el Tribunal de Apelaciones, desde el 2010 hasta el presente, al abordar controversias entre aseguradoras médicas y ciudadanos o proveedores médicos, se analizará una serie de casos para exponer la normativa y la aplicación de varios principios establecidos mediante la jurisprudencia recopilada.

A. *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud, Inc.*

En el caso *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud, Inc.*, el Tribunal Supremo atendió una controversia relacionada con varias violaciones al Código de Seguros y su reglamento por parte de la recurrida al no pagar el servicio prestado por el Hospital del Maestro ni los intereses legales.¹⁷⁵ El peticionario, la OCS, presentó una solicitud de

¹⁷² *Id.* en las págs. 4, 6.

¹⁷³ *Id.* en la pág. 10.

¹⁷⁴ Stephanie L. López, *Aseguradoras truenan contra medida legislativa*, EL VOCERO (6 de febrero de 2024), https://www.elvocero.com/economia/aseguradoras-truenan-contra-medida-legislativa/article_66a29478-c435-11ee-9931-ofca4d8e8ed4.html.

¹⁷⁵ *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud, Inc.*, 191 DPR 536, 539 (2014) (sentencia).

certiorari señalando que el Tribunal de Apelaciones erró al reducir la multa administrativa de \$10,000 que le impuso a Triple-S al utilizar el principio de proporcionalidad como escrutinio de revisión judicial.¹⁷⁶ El Tribunal Supremo enfatiza el gran peso y deferencia a las aplicaciones e interpretaciones que hagan las agencias con respecto a las leyes y reglamentos que administran.¹⁷⁷ En cuanto a la revisión de la facultad de imponer sanciones, “los tribunales también le han reconocido mucha discreción a las agencias administrativas en la selección de las medidas que le ayuden a cumplir los objetivos de las leyes cuya administración e implantación se les ha delegado” por lo que el principio de proporcionalidad no es válido en las revisiones administrativas.¹⁷⁸ De acuerdo con la opinión de conformidad emitida por el juez asociado Martínez Torres, “[e]n estos casos la revisión judicial no será para determinar si la sanción impuesta guarda proporción con la conducta por la cual se impone la sanción ni si la misma es demasiado fuerte”.¹⁷⁹ El principio de proporcionalidad ya fue rechazado por el Tribunal Supremo en *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Antilles Insurance Company*, “como escrutinio [de] revisión judicial de las decisiones administrativas” debido a que “[e]sta evaluación [le] corresponde hacerla a la propia agencia, quien por su experiencia especializada es quien está en la mejor posición para conocer los efectos de una violación a los intereses protegidos y cuya agencia, al mismo tiempo, asegura cierto grado de uniformidad y coherencia en la imposición de sanciones”.¹⁸⁰ El juez asociado Estrella Martínez en oposición con la opinión de conformidad emitió la opinión disidente y reiteró la obligación de los foros judiciales de asegurar que la penalidad impuesta no infrinja los límites legales ni que constituya un abuso de discreción.¹⁸¹ El Juez entiende que el principio de proporcionalidad es “una herramienta que contribuye a ejercer cabalmente nuestra facultad revisora en lo concerniente a la imposición de multas o sanciones administrativas”.¹⁸² El Juez expresa además que, “si en la función revisora los tribunales determinan que el foro administrativo quebrantó directamente garantías constitucionales fundamentales o procedió de manera arbitraria o caprichosa, de ordinario, los foros judiciales pueden intervenir y sustituir el criterio de la agencia por el suyo”.¹⁸³ Es por esto que exalta que los tribunales deben tener la “potestad para revisar si las penalidades administrativas guardan justa correspondencia con la infracción por la cual se impone la sanción”.¹⁸⁴

Comparando ambas posturas de los Jueces Asociados, entiendo que la postura que plantea el juez asociado Estrella Martínez implica cierta supervisión o control sobre las agencias administrativas para que actúen de acuerdo con la ley y sin arbitrariedad ni que se excedan de su rol permitido por ley o en ausencia de evidencia sustancial que justifique la

¹⁷⁶ *Id.* en la pág. 540 (Martínez Torres, opinión de conformidad).

¹⁷⁷ *Id.* en la pág. 541 (Martínez Torres, opinión de conformidad).

¹⁷⁸ *Id.* en la pág. 542 (Martínez Torres, opinión de conformidad) (*citando a* *Comisionado de Seguros de PR v. Antilles Ins. Co.*, 145 DPR 226, 233-34 (2006)).

¹⁷⁹ *Id.* (Martínez Torres, opinión de conformidad) (*citando a* *Comisionado de Seguros de PR v. Antilles Ins. Co.*, 145 DPR 226, 233-34 (2006)).

¹⁸⁰ *Id.* (Martínez Torres, opinión de conformidad) (*citando a* *Comisionado de Seguros de PR v. Antilles Ins. Co.*, 145 DPR 226, 233-34 (2006)).

¹⁸¹ *Id.* en la pág. 547 (Estrella Martínez, opinión disidente).

¹⁸² *Id.* en las págs. 547-48 (Estrella Martínez, opinión disidente).

¹⁸³ *Id.* en la pág. 555 (Estrella Martínez, opinión disidente).

¹⁸⁴ *Id.* en la pág. 557 (Estrella Martínez, opinión disidente).

medida impuesta. Dicho esto, amerita cuestionarse si dentro del supuesto acto arbitrario o excesivo de la agencia administrativa, en este caso de la OCS, que está en disputa y sin el Tribunal tener la facultad de aplicar el principio de proporcionalidad, ¿cómo procede establecer la medida o el punto de partida sobre qué es lo que se considera legal y no excesivo en este tipo de sanciones? ¿Se limita a algún estándar establecido? Los tribunales no están impedidos de intervenir cuando una multa es irrazonable, pero la postura que toma el juez asociado Martínez Torres parece impedir que dicha intervención sea del todo asequible. En este caso, la multa de \$10,000 impuesta a Triple-S no se excedió de lo permitido por ley, por lo que el Tribunal Supremo no consideró que la misma fuese ilegal o arbitraria.¹⁸⁵

El Código de Seguros en su artículo 2.250 establece que toda persona que obstruya, ayude o contribuya a la obstrucción, dilación o entorpecimiento de la investigación podrá ser sancionada con una multa administrativa de un mínimo de quinientos dólares y un máximo de 10,000 dólares por lo que la multa representó el máximo permitido por ley.¹⁸⁶ Por lo tanto, resulta procedente la postura que toma el juez asociado Estrella Martínez de ejercer discreción manteniéndose dentro de las disposiciones de la ley, ya que el hecho de que el principio de proporcionalidad se entrelaza directamente a distintos ámbitos que deben ser de consideración para los tribunales para asegurar que no haya un tipo de enriquecimiento injusto.

En la función que ejercen los tribunales de revisión, entiendo pertinente que se evalúe los factores necesarios para concluir que en efecto, sí se justifica la multa administrativa de \$10,000, ya que el reclamo inicial del Hospital del Maestro fue de trescientos cuarenta y ocho dólares por los servicios prestados a la paciente asegurada por Triple-S por eso resulta imperante que el Tribunal se cerciore de los procedimientos ejercidos por las partes previo al establecimiento de esta penalidad, ya que, de lo contrario, si podría infringir y violar los límites legales.

B. *Jiménez López v. SIMED*

En *Jiménez López v. SIMED*, el Tribunal Supremo tuvo que examinar “si las pólizas de seguro por responsabilidad profesional médico-hospitalaria del tipo *claims made* con fecha de retroactividad limitada viola[ba] la política pública del Estado”.¹⁸⁷ Las pólizas *claims made* son uno de los tipos básicos de pólizas de responsabilidad profesional y proveen cubierta al momento en que se presenta “una reclamación contra el asegurado durante el periodo de vigencia de la póliza”.¹⁸⁸ Se usan mayormente para asegurar actividades con el potencial de que los daños no sean descubiertos, conocidos ni esperados en el momento de la contratación de la póliza, sino que se presentan repentinamente a través de una reclamación o demanda del asegurado, porque de lo contrario, aumentaría negativamente el riesgo de la aseguradora.¹⁸⁹

¹⁸⁵ *Id.* en las págs. 542-43, 545 (Martínez Torres, opinión de conformidad).

¹⁸⁶ Cód. Seg. PR, 26 LPRA § 257 (2022 & Supl. 2024).

¹⁸⁷ *Jiménez López v. SIMED*, 180 DPR 1, 4 (2010).

¹⁸⁸ *Id.* en la pág. 11.

¹⁸⁹ Oscar E. Velandia González, *Doctrina Claims made*, 176 REV. FASECOLDA 79 (2019).

Este tipo de póliza provee así un respaldo importante para el asegurado frente a daños que se manifiestan meses o incluso años después de que ocurren y le ofrece la oportunidad al asegurado el beneficio de obtener primas más bajas mientras que el asegurador se beneficia 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”.¹⁹⁰ Las pólizas *claims made* también protegen a los asegurados “sólo contra las reclamaciones hechas y notificadas a la aseguradora durante el periodo de la vigencia de la póliza”, por lo que es necesario ser diligente.¹⁹¹ La característica principal de este tipo de pólizas es que solamente requieren que sea efectuada “durante el periodo de vigencia sin importar el momento del acto u omisión negligente”, pero exigen que la notificación de la reclamación se haga dentro del mismo periodo.¹⁹² Aun así, tienen como límite la fecha de retroactividad impuesta al asegurador. Esta tiene el propósito de “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”.¹⁹³ En consecuencia, no se genera responsabilidad si el incidente ocurre fuera del periodo de cobertura establecido en la póliza de responsabilidad.¹⁹⁴

En este caso, la cobertura en cuestión era de tipo retroactivo, por lo que se limitaba a los incidentes ocurridos en o luego de la fecha de retroactividad. Por esta razón, las reclamaciones tenían que ser realizadas y debidamente notificadas dentro del periodo de su vigencia.¹⁹⁵ Aquí, el señor Wilfredo Jiménez López instó una demanda de daños y perjuicios por impericia médica contra Advanced Cardiology Center Corporation y al Sindicato de Aseguradoras para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria (SIMED).¹⁹⁶ SIMED presentó una moción de sentencia sumaria parcial, alegando que no existía cubierta para las reclamaciones, ya que se excluían de los eventos previos a la fecha de la retroactividad contratada.¹⁹⁷ El Tribunal de Primera Instancia declaró ha lugar la moción de sentencia sumaria y desestimó la reclamación.¹⁹⁸ Sin embargo, el Tribunal de Apelaciones restituyó la demanda contra SIMED al concluir que la notificación de la aseguradora en una póliza *claims made* dentro del término de la vigencia constituía el riesgo asegurado, independientemente de la fecha del siniestro.¹⁹⁹ Inconforme con la decisión del Tribunal de Apelaciones, SIMED instó una petición de *certiorari* ante el Tribunal Supremo, señalando como error la revocación de la sentencia y por resolver que la póliza cubría el incidente médico debido a que este estaba expresamente excluido de la cubierta por estar fuera de la fecha de retroactividad.²⁰⁰ El Tribunal Supremo revocó la sentencia

¹⁹⁰ Jiménez López, 180 DPR 1, en las págs. 12-13.

¹⁹¹ *Id.* en las págs. 13-14.

¹⁹² *Id.* en la pág. 14.

¹⁹³ *Id.* en la pág. 15.

¹⁹⁴ *Id.* en las págs. 16-17.

¹⁹⁵ *Id.* en las págs. 4-5.

¹⁹⁶ *Id.* en la pág. 5.

¹⁹⁷ *Id.* en la pág. 6.

¹⁹⁸ *Id.*

¹⁹⁹ *Id.*

²⁰⁰ *Id.*

emitida por el Tribunal de Apelaciones.²⁰¹ Su decisión se fundamentó exponiendo los términos y obligaciones contractuales manifestados en las pólizas de tipo *claims made* estás siendo las siguientes: (1) “que el incidente médico ocurra dentro de la vigencia de la póliza que incluye una fecha de retroactividad limitada”; (2) “que la reclamación se presente durante dicho periodo”, y (3) que “los tres elementos constituyen los términos que rigen contractualmente las obligaciones de las partes”.²⁰² En este caso, el incidente ocurrió fuera del periodo que se extendió la cubierta retroactiva y la reclamación fue interpuesta previo al inicio de la relación contractual, por lo que no se perfeccionaron todos los elementos necesarios para que la SIMED asumiera el riesgo.²⁰³

Como todo tipo de contrato, las partes tienen la libertad para estipular cláusulas de acuerdo a sus necesidades o intereses particulares, siempre que estas no contravengan la ley, la moral y el orden público.²⁰⁴ Este caso resalta la importancia de la libertad de contratación y de la obligación de cumplir con lo pactado, sin variar su interpretación ni extender la cubierta a eventos que no se aseguraron y estos fueron los beneficios por impericia médica que el asegurado no tenía derecho a tener. Debido a esto, es importante resaltar que antes de someterse a cualquier tipo de contrato de seguro, se debe establecer claramente cuáles son los términos y las obligaciones de cada parte. Sobre la fecha de retroactividad, el Tribunal Supremo estableció que la misma no viola la política pública del Estado, ya que, de lo contrario se estaría extendiendo un riesgo hacia la aseguradora en contravención a lo pactado por las partes, por lo que va a prevalecer lo explícitamente acordado en el contrato.²⁰⁵ El Tribunal Supremo, además, decidió no interferir sobre el interés público en relación con estos tipos de coberturas, señalando que se debe basar en la legislación o reglamentación creadas respecto a los profesionales e instituciones médicas y no mediante la jurisprudencia.²⁰⁶

Un principio que parecería intervenir en este caso, pero que el Tribunal Supremo entendió que no procedía, es el principio de prescripción.²⁰⁷ El principio de prescripción asegura que las reclamaciones válidas se ejerzan oportunamente evitando que una persona, o en este caso la aseguradora, no esté sujeta a la incertidumbre de una posible reclamación de forma indefinida.²⁰⁸ El término prescriptivo para presentar las acciones de daños y perjuicios contra las entidades aseguradoras es de un año, al igual que el término aplicable cuando se trata de algún daño o perjuicio por culpa o negligencia.²⁰⁹ Nuestro ordenamiento en materia de seguros le permite a una persona perjudicada presentar una acción directamente contra una aseguradora para reclamar el pago de los daños y perjuicios causados por el asegurado.²¹⁰ El Código de Seguros establece que una persona que reclama daños por

²⁰¹ *Id.* en las págs. 20-21.

²⁰² *Id.* en la pág. 17.

²⁰³ *Id.* en las págs. 17-18.

²⁰⁴ Cód. Civ. PR arts. 1231-1232, 31 LPRA §§ 9752-9753 (2020 & Supl. 2024).

²⁰⁵ Jiménez López, 180 DPR 1, en las págs. 18-19.

²⁰⁶ *Id.* en las págs. 19-20.

²⁰⁷ *Id.* en la pág. 20.

²⁰⁸ Maldonado Rivera v. Suárez, 195 DPR 182, 192-93 (2016).

²⁰⁹ Ruiz Millán v. Maryland Cas. Co., 101 DPR 249 (1973).

²¹⁰ Cód. SEG. PR, 26 LPRA § 2003 (2022 & Supl. 2024).

la presunta negligencia de un asegurado cuenta con tres opciones diferentes para dirigir su causa de acción, estas siendo: (1) demandar a la aseguradora; (2) demandar al asegurado, o (3) demandar a ambos conjuntamente.²¹¹ De este modo, la elección hecha por un demandante al instar su reclamación determina los requisitos que vendrá obligado a cumplir y las defensas a que estará sujeto.²¹²

C. MCS Advantage v. Fossas Blanco

En *MCS Advantage v. Fossas Blanco*, el Tribunal Supremo tuvo la oportunidad de atender y aclarar una controversia sobre si la OCS es el foro con jurisdicción primaria exclusiva para entender controversias entre una aseguradora y un proveedor de servicios de salud sobre un reembolso de determinadas reclamaciones pagadas en exceso.²¹³ MCS Advantage (en adelante, “MCS”) presentó una demanda en cobro de dinero contra el doctor Fossas Blanco y la sociedad legal de bienes gananciales compuesta por él y su esposa.²¹⁴ MCS alegó que el doctor Fossas Blanco facturó servicios médicos como especialista en oftalmología, sin estar autorizado para ofrecer dicho servicio y que cobró indebidamente \$77,957.76.²¹⁵ Por esta razón, MCS reclamó dicha cantidad, más intereses, gastos, costas y honorarios de abogado.²¹⁶ El doctor Fossas Blanco alegó que sí tenía las credenciales requeridas para llevar a cabo los procedimientos médicos por los cuales facturó.²¹⁷ Este solicitó una moción de desestimación por falta de jurisdicción sobre la materia ante el Tribunal de Primera Instancia ya que alegaba que MCS le reconoció jurisdicción a la OCS para entender la controversia.²¹⁸ El Tribunal de Primera Instancia denegó la solicitud de desestimación por falta de jurisdicción sobre la materia presentada por el doctor Fossas Blanco, por lo que este solicitó reconsideración y acudió al Tribunal de Apelaciones pero aquí se confirmó la determinación del foro primario.²¹⁹ Estableció que no existía impedimento para que el Tribunal de Primera Instancia asumiera jurisdicción.²²⁰ Es menester destacar que el artículo 30.080 del Código de Seguros dispone que el Comisionado de Seguros tendrá jurisdicción original respecto a las controversias que surjan entre proveedores participantes y aseguradoras u organizaciones de servicios de salud, pero le concede a la parte adversamente afectada por la determinación del Comisionado de Seguros la oportunidad de recurrir mediante revisión ante el Tribunal de Apelaciones.²²¹

La opinión del Tribunal Supremo fue emitida por el juez asociado Colón Pérez, quien expresó que se ha resuelto que para determinar si un estatuto le confiere o no jurisdicción

²¹¹ *Id.*

²¹² *Neptune Packing Corp. v. Wackenhut Corp.*, 120 DPR 283, 289 (1988).

²¹³ *MCS Advantage v. Fossas Blanco*, 211 DPR 135, 139-40 (2023).

²¹⁴ *Id.* en la pág. 140.

²¹⁵ *Id.*

²¹⁶ *Id.*

²¹⁷ *Id.*

²¹⁸ *Id.* en la pág. 141.

²¹⁹ *Id.* en las págs. 142-43.

²²⁰ *Id.* en las págs. 143-44.

²²¹ CÓD. SEG. PR, 26 LPRA § 3007 (2022 & Supl. 2024).

exclusiva a un organismo administrativo es necesario evaluar si esto ha sido dispuesto expresamente en la ley o si surge de esta por implicación necesaria.²²² Para esto, se necesita llevar a cabo un análisis sobre la provisión estatutaria y en muchos casos del contexto fáctico en el que surge la cuestión.²²³ Por tal motivo, el Tribunal Supremo decidió que le corresponde a la OCS atender los casos sobre el reembolso de determinadas reclamaciones y que debe asumir jurisdicción original al amparo de la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud*.²²⁴ Dicha ley regula la relación entre las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud para agilizar el pago de las reclamaciones a los proveedores de salud por parte de las aseguradoras.²²⁵ Esto tiene el propósito de incentivar a los profesionales de la salud y garantizar que no se menoscabe los derechos contractuales y propietarios de estos.²²⁶

En el 2020, se firmó la Ley 138-2020, la cual redujo los términos para agilizar el proceso de adjudicación y pago de las reclamaciones que presentan los proveedores de servicios de salud ante las aseguradoras.²²⁷ Esta ley define de forma estandarizada el concepto de factura limpia, haciéndolo obligatorio y vinculante para todo contrato entre la aseguradora y el proveedor de servicios de salud, proveyendo términos precisos y claros sobre el contenido mínimo que conforma la factura limpia.²²⁸ Además, se establecen guías más claras para garantizar que los reglamentos promulgados sobre los procesos de revisión de utilización de servicios médico-hospitalarios sean más precisos y eficientes.²²⁹ Interpretando su propósito legislativo, estas disposiciones podrían motivar a que los proveedores permanezcan en la Isla y que no se fuguen al extranjero. Esta problemática ha impactado negativamente el sistema de salud en la Isla, demorando el servicio prestado por los pocos médicos especialistas que se encuentran en Puerto Rico.

La jueza presidenta Oronoz Rodríguez emitió la opinión disidente expresando que la decisión no debió ser basada en la aplicación de la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud* ya que no gobierna las relaciones entre las partes por la normativa federal que desplaza el estatuto local, al igual que por no estar presente ninguna de las excepciones que autorizan la aplicación de esta ley.²³⁰ Entiende que el Tribunal de Primera Instancia tiene plena facultad para dilucidar el pleito y fundamenta su postura al sostener que durante la conferencia con antelación a juicio se reiteró que el doctor Fossas Blanco se obligó a cumplir tanto con las políticas de MCS como también con la reglamentación establecida por las regulaciones federales de los *Centers for Medicaid and Medicare Services*.²³¹ La propia OCS resolvió que no tenía jurisdicción para atender la controversia en el momento en el cual el doctor Fossas Blanco presentó la moción de

²²² MCS Advantage, 211 DPR 135, en la pág. 147.

²²³ Id. en las págs. 147-48.

²²⁴ Id. en la pág. 149.

²²⁵ Id.

²²⁶ Id.

²²⁷ Enmiendas al Código de Seguros, Ley Núm. 138-2020, 26 LPRÁ §§ 3001-3008 (2022 & Supl. 2024).

²²⁸ Id. § 3001(i).

²²⁹ Id. §§ 3001-3008.

²³⁰ MCS Advantage, 211 DPR 135, en la pág. 155 (Oronoz Rodríguez, opinión disidente).

²³¹ Id. en la pág. 156 (Oronoz Rodríguez, opinión disidente).

desestimación.²³² Parecería entonces haber una línea gris sobre cuál de las disposiciones legales se debe basar el análisis de dichas controversias. La postura que asume la jueza presidenta Oronoz Rodríguez tiene mérito al ser las leyes federales las que tienen supremacía sobre las disposiciones del Código de Seguros de acuerdo a la doctrina del campo ocupado. La opinión mayoritaria parecería tender a inclinarse a no querer involucrarse en asuntos relacionados a reclamaciones por parte de las aseguradoras médicas y esto en el ejercicio de su discreción pueden realizarlo, pero podría resultar beneficioso a favor de las compañías aseguradoras su no intervención y no a favor de los doctores envueltos controversias similares. La cantidad reclamada en este caso también es considerablemente alta por lo que para el doctor Fossas Blanco sería conveniente que el caso se dilucidara en la OCS seguramente al entender que podría fallar a su favor.

D. Montañez v. Triple-S Salud

Otro caso notable atendido en el Tribunal de Apelaciones de la Región Judicial de San Juan fue *Montañez v. Triple-S Salud*.²³³ La compañía de seguros médicos Triple-S Salud divulgó sin consentimiento del asegurado, el Sr. Viera, su número de identificación como beneficiario de *Medicare*, que incluye su seguro social, en el exterior de un panfleto informativo enviado por correo electrónico.²³⁴ El demandante presentó una reclamación en daños y perjuicios al amparo del artículo 1802 del Código Civil del 1930.²³⁵ Triple-S admitió que divulgó la información en la parte exterior del panfleto pero negó las otras reclamaciones incluidas en la demanda y que la ley federal llamada *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (en adelante, “HIPAA”), ocupa el campo.²³⁶ El Tribunal de Primera Instancia determinó que el acto de publicar el número del seguro social fue una omisión negligente que le causó daños y angustias mentales al Sr. Viera al igual que a su esposa. Condenó a Triple-S a pagar \$60,000 al Sr. Viera y \$30,000 a su esposa.²³⁷

El Tribunal de Apelaciones resolvió que la ley HIPAA no desplaza el artículo 1802 como la fuente legal de reclamación de los daños ocasionados debido a que este estatuto federal no provee para una acción privada a favor de la persona afectada por una violación a la HIPAA.²³⁸ Por ende, le corresponde al Estado velar por el cumplimiento de la ley HIPAA a través de los mecanismos administrativos, civiles y penales provistos por la propia ley en caso de violaciones.²³⁹ El hecho de que el seguro social sea parte del *Health Insurance Claim Number* (HICN) del Sr. Viera, una información médica protegida por la HIPAA, no anula la causa de acción, independiente de la HIPAA.²⁴⁰ La aseguradora infringió el dere-

²³² *Id.* en la pág. 158 (Oronoz Rodríguez, opinión disidente).

²³³ *Montañez v. Triple-S Salud*, KLAN201601040, (27 de febrero de 2017), <https://dts.poderjudicial.pr/ta/2017/KLAN201601040-27022017.pdf>.

²³⁴ *Id.* en la pág. 1.

²³⁵ *Id.* en la pág. 2.

²³⁶ *Id.* en la pág. 3.

²³⁷ *Id.* en la pág. 4.

²³⁸ *Id.* en la pág. 7.

²³⁹ *Id.* en la pág. 9.

²⁴⁰ *Id.* en las págs. 9-10.

cho a la intimidad de su asegurado por lo que este tiene derecho a un remedio en daños y perjuicios.²⁴¹ La HIPAA no prohíbe que una persona pueda reclamar por los daños sufridos por la divulgación no autorizada de información de salud confidencial al amparo de la legislación local que pueda de otro modo aplicar.²⁴² En cuanto a la indemnización otorgada a los demandantes, el Tribunal de Apelaciones explica que los tribunales apelativos no deberían de intervenir con la valoración de daños que realiza el foro primario salvo que la cuantía concedida resulte ridículamente baja o exageradamente alta.²⁴³ El Tribunal de Apelaciones sí entendió que la indemnización otorgada por el Tribunal de Primera Instancia fue exageradamente alta debido a que las cuantías concedidas por el foro primario no fueron apoyadas por los hechos probados.²⁴⁴ El Tribunal comparó este caso con *Resto Casillas v. Colón González*,²⁴⁵ en el cual a consecuencia de un accidente automovilístico, el demandante sufrió un daño más severo que los daños por probados por el Sr. Viera y el Tribunal Supremo le indemnizó \$30,000.²⁴⁶ Es por esto que el Tribunal de Apelaciones modificó la sentencia y rebajó la cuantía otorgando \$30,000 al Sr. Viera y \$15,000 a su esposa.²⁴⁷ En el ejercicio de su función revisora, coincido que la modificación que realizó el Tribunal de Apelaciones en este caso sobre la indemnización fue pertinente debido a que refleja un intento por parte del Tribunal de evitar otorgar una cantidad que pudiera considerarse excesiva o punitiva. Aunque el propósito de la compensación bajo el entonces artículo 1802, hoy artículo 1536, es reparar el daño sufrido, no debe otorgarse una cantidad que exceda lo necesario para restaurar, en la medida de lo posible, el bienestar del demandante. Es un hecho que su derecho constitucional a la intimidad fue violado por lo que este caso fortalece la coexistencia entre leyes locales y federales, y enfatiza el deber de las aseguradoras médicas privadas de proteger los datos personales de sus asegurados.²⁴⁸ El Sr. Viera temía que le robaran su identidad, que perdiera el beneficio del seguro social que recibía y además tenía pensamientos suicidas lo que exacerbó su esquizofrenia preexistente.²⁴⁹ La protección de datos personales se encuentra también amparado por el artículo 11 (d) de la Carta de derechos y responsabilidades del paciente en cual se establece que:

Todo proveedor y toda entidad aseguradora deberán mantener la confidencialidad de aquellos expedientes, récord clínico o documentos que contengan información sobre el estado médico de un paciente. Todo proveedor y toda entidad aseguradora deberán también tomar medidas para proteger la intimidad de sus pacientes, salvaguardando su identidad.²⁵⁰

²⁴¹ *Id.* en la pág. 10.

²⁴² *Id.* en la págs. 10-11.

²⁴³ *Id.* en la pág. 13.

²⁴⁴ *Id.*

²⁴⁵ *Resto Casillas v. Colón González*, 112 DPR 644 (1982).

²⁴⁶ *Montañez*, KLAN201601040, en la pág. 14.

²⁴⁷ *Id.* en la pág. 15.

²⁴⁸ CONST. PR art II, § 10.

²⁴⁹ *Montañez*, KLAN201601040, en la págs. 16-17.

²⁵⁰ Carta de derechos y responsabilidades del paciente, Ley Núm. 194-2000, 24 LPRA § 3049 (2020 & Supl. 2024).

Dicho esto, a pesar de que este caso representa un avance en la protección de la privacidad y la aplicación del artículo 1802, hoy conocido como el artículo 1536, se podría manifestar como limitación la cautela que utilizan los tribunales al momento de cuantificar los daños emocionales que sufren los asegurados. A pesar de que el Tribunal de Apelaciones parte de la premisa de que no van a intervenir a menos que la indemnización otorgada por el foro primario resulte ridículamente baja o exageradamente alta, asumo la postura de que no en todos los casos se debe comparar con jurisprudencia previa en donde el daño fue uno físico en vez de uno emocional, como lo fue en este caso. Son varios los elementos que se deben de tomar en cuenta para cuantificar la cantidad correspondiente para indemnizar, pero en este caso el asegurado falló en tomar medidas razonables para mitigar los daños, ya que no utilizó los servicios de monitoreo de crédito y protección contra el robo de identidad ofrecidos.²⁵¹ Dictaminaron que el hecho de que tuviera un “temor continuo” de robo de identidad mientras no utilizaba estos servicios demostraba que no tomó medidas “razonables, pertinentes y accesibles” para tomar medidas razonables para mitigar los daños, ya que no utilizó los servicios de monitoreo de crédito y protección contra el robo de identidad ofrecidos.²⁵² Este caso expone que la responsabilidad que tienen los asegurados de tomar medidas razonables para reducir el daño que experimentan y cómo al no hacerlo puede reducir la compensación sea este un daño físico o emocional. El Tribunal de Apelaciones también aclaró que el simple hecho de presentar argumentos que finalmente no prevalecen no necesariamente equivale a temeridad o mala fe.²⁵³ Este caso proporciona un valioso ejemplo de cómo los tribunales equilibran los derechos individuales, la responsabilidad corporativa y la compleja interacción de las leyes federales y locales. Destaca además que los derechos de privacidad no se refieren simplemente al cumplimiento técnico, sino al daño emocional real que puede causar una infracción.

E. *Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S Salud, Inc.*

El último caso a analizar es *Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S Salud, Inc.*²⁵⁴ En este caso apelativo, Triple-S Salud solicitó revocación de la resolución dictaminada sumariamente por la parte recurrida, la OCS.²⁵⁵ La OCS determinó que Triple-S había violado la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud*, según enmendada y codificada en el capítulo 30 del Código de Seguros y el artículo 12 de la Regla Núm. 73 del Reglamento del Código de Seguros, que regulan los pagos puntuales a los proveedores de atención médica.²⁵⁶ El capítulo 30 del Código de Seguros tiene como objetivo proteger a los proveedores y garantizar la estabilidad dentro del sistema de atención médica.²⁵⁷ La ley establece plazos para que las aseguradoras procesen y paguen las recla-

²⁵¹ Montañez, KLAN201601040, en la pág. 17.

²⁵² *Id.* en las págs. 16-17.

²⁵³ *Id.* en la pág. 17.

²⁵⁴ *Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S Salud, Inc.*, KLRA202300549, 2024 PR App. LEXIS 1536 (18 de junio de 2024).

²⁵⁵ *Id.* en la pág. *1.

²⁵⁶ *Id.*

²⁵⁷ *Id.* en la pág. *7.

maciones o notifiquen a los proveedores que la reclamación no es procesable.²⁵⁸ El caso se originó a partir de una queja del Centro Médico del Turabo (en adelante, “CMT”), debido a que experimentó problemas con los procesos de apelación de reclamaciones implementados por Triple-S y señaló: “[e]stos vicios tienen el efecto de dilatar irrazonablemente la resolución de las reclamaciones del proveedor y de imponer trabas al cobro de las reclamaciones por servicios ya ofrecidos a los beneficiarios de Triple-S, transfiriendo el riesgo de la aseguradora a los proveedores de manera irrazonable y deliberada”.²⁵⁹ Algunos de los vicios señalados por el CMT fueron: “(1) la ausencia de fundamentos de las decisiones apelativas; (2) el anonimato del foro apelativo, y (3) la imposición de términos *ultra vires*”.²⁶⁰

La OCS revisó 3,186 reclamaciones presentadas por CMT entre 2018 y 2020, y encontró que el proceso interno –con los pasos de apelación, conciliación, ajuste y reconsideración– es incompatible con el capítulo 30 del Código de Seguros y el artículo 12 de la Regla 73.²⁶¹ Por consiguiente, la OCS concluyó que los procesos de Triple-S limitaron las reclamaciones a seis circunstancias.²⁶² Es por esto que la OCS ordenó a Triple-S que cesara sus prácticas prohibidas, ajustara su procesamiento de reclamaciones y pagara una multa de \$50,000.²⁶³ Triple-S tenía su propio mecanismo interno de resolución de disputas para los proveedores que no estaban de acuerdo con las decisiones de pago.²⁶⁴ La OCS descubrió que estos procesos internos no estaban alineados con la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud* y, en realidad, retrasaban los pagos oportunos pero Triple-S exigía a los proveedores que agotaran varios “mecanismos operativos” internos antes de iniciar apelaciones formales.²⁶⁵ La OCS encontró que estos requisitos en el manual para proveedores de Triple-S añadían pasos innecesarios y demoran la resolución y el pago.²⁶⁶ El núcleo del reclamo de la OCS era que los propios documentos de Triple-S mostraban claramente procedimientos que violaban la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud*.²⁶⁷ Triple-S argumentó que sus procesos internos eran independientes de la Ley para el pago puntual y ofrecían vías alternativas para que los proveedores resolvieran sus disputas.²⁶⁸ Esta defensa fue rechazada por la OCS y confirmada por el Tribunal de Apelaciones.²⁶⁹ El Tribunal confirmó la Resolución impugnada debido a que no había ningún hecho material en disputa y claramente los procedimientos ejercidos por Triple-S violaban la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud*.²⁷⁰ Encontró también que las regulaciones tampoco autorizan el estable-

²⁵⁸ *Id.*

²⁵⁹ *Id.* en la pág. *2.

²⁶⁰ *Id.*

²⁶¹ *Id.*

²⁶² *Id.* en las págs. *9-10.

²⁶³ *Id.*

²⁶⁴ *Id.* en la pág. *4.

²⁶⁵ *Id.* en la pág. *11.

²⁶⁶ *Id.*

²⁶⁷ *Id.*

²⁶⁸ *Id.* en la pág. *35.

²⁶⁹ *Id.* en la pág. *40.

²⁷⁰ *Id.*

cimiento de procesos subsiguientes de reconsideración o nueva presentación de reclamos, en detrimento del proveedor de servicios de salud, como de hecho surge del Manual de Triple-S.²⁷¹

Este caso resalta la búsqueda por equilibrar las relaciones entre proveedores de salud y las aseguradoras médicas al proteger los intereses financieros y operativos de los proveedores mientras también procura que las aseguradoras actúen con diligencia y transparencia. La OCS tiene un rol proactivo en la fiscalización de las prácticas de las aseguradoras y las decisiones administrativas deben alinearse estrictamente con la *Ley para el pago puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud* y la Regla Núm. 73.²⁷² Por lo cual, las aseguradoras deben garantizar que sus procesos estén claramente descritos y cumplan con los plazos establecidos para evitar sanciones. Se fomenta además mayor protección contra prácticas dilatorias y la decisión del Tribunal de Apelaciones reafirma que las aseguradoras médicas no pueden imponer procesos administrativos excesivos o ulteriores que dilaten el pago puntual a los proveedores por servicios ya ofrecidos. Se extiende de esta forma protección a los proveedores para que estos puedan mantener sus operaciones y ofrecer sus servicios sin demoras. Finalmente, las aseguradoras, como Triple-S, ahora están sujetas a un escrutinio más estricto sobre sus procesos internos. Esto incluye evitar mecanismos que dilaten injustificadamente el cumplimiento con las disposiciones legales sobre pago puntual.

VIII. ANÁLISIS FINAL

El sistema de salud en Puerto Rico enfrenta múltiples retos. Está plagado de ineficiencias organizacionales y estructurales que se han exacerbado por la falta de recursos los cuáles han disminuido sustancialmente luego de la aprobación de la *Ley PROMESA*, un proyecto que provocó recortes en el área de salud altamente significativos. Esto pone en evidencia el panorama complejo de la inaccesibilidad a la atención médica que enfrentan miles de puertorriqueños enalteciendo la tensión entre el ideal del acceso universal a la salud y las realidades de un sistema que lucha contra las limitaciones financieras y una economía frágil. Acaparado por problemáticas significativas, como el éxodo masivo de médicos de Puerto Rico a los Estados Unidos debido a los bajos salarios, la falta de oportunidades y los obstáculos burocráticos, se ha creado una escasez de especialistas en la Isla lo que provoca también listas largas de espera para obtener una evaluación médica poniendo en peligro la salud de los pacientes. Además, la población de ancianos en Puerto Rico continúa aumentando lo que presenta una presión adicional de obtener recursos adicionales para garantizarles atención médica. A pesar de estos cambios demográficos, hay una falta de transparencia en la gestión de fondos por parte de las agencias gubernamentales pero estos problemas se ven aún más perjudicados por las barreras que interponen las aseguradoras médicas. Estas han manifestado su interés principal de obtener mayores ganancias económicas sobre lo que debería ser su verdadero foco primordial de asegurar el bienestar

271 *Id.* en la pág. *39.

272 *Id.* en la pág. *37.

integral de sus asegurados. Las aseguradoras han controlado a sus usuarios de distintas maneras desde el acceso al tipo de médico que los pueden atender a los medicamentos que deciden aprobarles.

Es indispensable que se promueva una supervisión continua para cumplir y respaldar estrictamente las regulaciones locales y federales para garantizar que operen de manera ética y eficiente. Se podría complementar con auditorías internas para evaluar periódicamente qué áreas se deben mejorar en base a las reclamaciones que reciben sus propios asegurados. Para esto se debe reducir la burocracia y facilitar el proceso a los asegurados, implementando mecanismos que sean más rápidos para las aprobaciones de reclamaciones y hacer los procesos de preautorización de procedimientos médicos o medicamentos para evitar dilaciones. Otra propuesta sería aumentar el número de proveedores que les otorgan cubiertas para así fomentar mayor colaboración con más médicos más allá de los generalistas para ampliar el acceso a servicios. De esta manera se ofrecerían mejores incentivos financieros a los médicos para que participen en sus redes médicas y a la vez ayudaría a que estos permanezcan en la Isla. Hasta que no se realicen cambios drásticos bien intencionados, las barreras al acceso a la salud continuarán imperando y afectando los derechos y la calidad de vida de los asegurados.

El análisis de la jurisprudencia recopilada revela la tensión entre la discreción concedida a las agencias aseguradoras médicas para controlar al asegurado y el papel de los tribunales en asegurar la equidad y el estado de derecho. El sistema se ve obstaculizado por la falta de una base jurídica clara para la salud como derecho fundamental, lo que da como resultado un sistema de atención médica que es reactivo en lugar de proactivo. Es por esto por lo que es fundamental que los puertorriqueños conozcan sus derechos y actúen de forma diligente para probar el daño sufrido. A pesar de las leyes diseñadas para proteger a los pacientes, las políticas burocráticas y de las aseguradoras médicas obstaculizan el acceso de las personas a los servicios de salud e inhiben el cumplimiento efectivo de estas. Dicho esto, cada uno de los casos analizados presenta aspectos notables sobre el acercamiento y la postura tomada por parte del Tribunal Supremo y el Tribunal de Apelaciones como: la discreción administrativa, la autonomía contractual, la protección de los derechos de los asegurados y la interacción entre las leyes locales de Puerto Rico con las leyes federales. Se destaca en casos como *MCS Advantage v. Fossas Blanco y Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud, Inc.* la manera en que el Tribunal Supremo respetó la discreción de las agencias administrativas en sus áreas de especialización.²⁷³ Esto incluyó su discreción para imponer sanciones o resolver disputas relacionadas con el pago de reclamaciones y procesos internos de las aseguradoras otorgándoles la jurisdicción para atender este tipo de controversias. De esta manera demostró el respeto hacia la especialización administrativa confiando en la experiencia de la OCS para interpretar y aplicar las normas siempre que estas sean hechas de forma correcta y legal. Esto también se manifestó en el caso de *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Triple-S Salud*, en el cual se destacó el rol fiscalizador de la OCS para garantizar el cumplimiento con la *Ley para el pago*

²⁷³ Véase *Comisionado de Seguros de PR v. Triple-S Salud, Inc.*, KLRA202300549, 2024 PR App. LEXIS 1536 (18 de junio de 2024); *MCS Advantage v. Fossas Blanco*, 211 DPR 135 (2023).

*puntual de reclamaciones a proveedores de servicios de salud.*²⁷⁴ El Tribunal aquí respaldó medidas contra prácticas dilatorias que afectan la relación entre proveedores de salud y las aseguradoras. En cuanto al asegurado como parte de un litigio, el caso de *Montañez v. Triple-S Salud* enfatizó la protección de los derechos de los asegurados, especialmente en materia de privacidad y daños emocionales.²⁷⁵ Sin embargo, el tribunal mostró cautela al momento de cuantificar la indemnización, buscando evitar montos que resulten punitivos o exageradamente desproporcionados al igual que la importancia de que la persona que haga la reclamación actúe con diligencia para probar los alegados daños sufridos. Se resalta además interés de los tribunales para equilibrar los intereses de ambas partes para así evitar decisiones que sobrecarguen innecesariamente a las aseguradoras, pero también garantizando el trato justo y transparente para los proveedores y los asegurados. Lo esencial es resguardar y respetar los derechos de las partes involucradas al igual que tengan un foro adecuado para presentar sus reclamaciones y asegurar que no se vulneren sus derechos contractuales o constitucionales, como el derecho a la intimidad.

Las batallas legales entre las aseguradoras médicas y los asegurados apuntan a la necesidad de equilibrar la viabilidad financiera de la industria de seguros con sus derechos. Reformar el sistema de salud de Puerto Rico resulta urgente para poder abordar efectivamente las cuestiones financieras sistémicas, mejorar el marco regulatorio que rige a las aseguradoras médicas y garantizar que los derechos de los pacientes estén plenamente protegidos. Ninguna persona –ya sea las que tienen plan médico como aquellas que no– debería sentir o tener incertidumbre en el momento en el que recurran a un servicio médico, ni cuestionarse si será de calidad, oportuno o accesible. Ninguna persona deberá enfrentar barreras que inhabiliten su oportunidad de vivir en su mejor estado físico, mental y social. Estas barreras, en primer lugar, no debieron ni existir y tampoco merecen continuar siendo promovidas.

²⁷⁴ *Comisionado de Seguros*, KLRA202300549.

²⁷⁵ *Montañez v. Triple-S Salud*, KLAN201601040, (27 de febrero de 2017), <https://dts.poderjudicial.pr/ta/2017/KLAN201601040-27022017.pdf>.