

(P. del S. 27)

LEY NÚM. 47 23 DE JULIO DE 2017

Para enmendar los Artículos 2 y 7 de la Ley Núm. 77-2013, según enmendada, conocida como “Ley Habilitadora del Procurador del Paciente”; enmendar el Artículo 6, añadir un nuevo Artículo 7, 8 y 9 y reenumerar los artículos subsiguientes de la Ley Núm. 5-2014; a los fines de garantizar mayores protecciones a los pacientes en Puerto Rico y procurar por mejores servicios de salud; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.¹ Cuando un asunto trata sobre servicios de salud, lo primero que viene a la mente es la relación médico-paciente.² Sin embargo, en nuestra jurisdicción, esta relación se ve afectada por un tercero; a saber, las compañías de seguros de salud. Un ejemplo de esto lo es cuando un proveedor de cuidados médicos entiende que es necesaria la hospitalización prolongada de un paciente y debido a esto se desata una pugna entre el proveedor y la aseguradora del paciente, sobre si debe hospitalizarse o no a este último por el periodo de tiempo recomendado por el médico. Esto aun cuando la cubierta de seguro médico del paciente, por la cual la aseguradora recibe pagos mensuales, contempla este tipo de servicio. Lo anterior es resultado, aunque no exclusivamente, del uso por las aseguradoras de unas guías clínicas estandarizadas³ con el fin de establecer procesos de revisión de utilización de servicios de los planes médicos por los pacientes asegurados. Estas guías suelen contradecir la recomendación que realiza un proveedor utilizando su mejor criterio médico. La disputa entre aseguradoras y proveedores sobre la decisión final de servicios a ofrecerse a los pacientes es un tema de actualidad cuya discusión ha despertado en el ojo público luego de la aprobación de la Ley Núm. 5-2014, mediante la cual se enmendaron disposiciones de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” y la Ley Núm. 77-2013, conocida como “Ley del Procurador del Paciente del

¹ Dr. Pedro Rosselló González, El Derecho a la Salud, 8va Conferencia de Derecho a la Salud, Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana, jueves, 28 de abril de 2016, citando a Declaración Universal de Derechos Humanos Artículo 25.

² Exposición de Motivos Ley Núm. 5- 2014

³ Surge de la exposición de motivos de la Ley 5 que:

Uno de los problemas medulares que están confrontando los pacientes en Puerto Rico es que diariamente existen choques entre médicos, facilidades de salud, proveedores de servicios de salud y aseguradoras cuando un paciente necesita un tratamiento médico, el mismo se brinda y luego de facturado no se procede con el pago de los servicios brindados por controversias con el largo de la estadía hospitalaria, por el tratamiento brindado por discrepancias con lo establecido en las guías clínicas de los asegurados sobre el criterio médico.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico”. Asimismo, se decretó para que el Comisionado de Seguros, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Procurador del Paciente y el Secretario del Departamento de Salud, adoptaran la reglamentación necesaria para velar por el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Núm. 5-2014, *supra*. Conforme a las enmiendas la referida Ley Núm. 5, *supra*, el Estado, entre otras cosas, intentó garantizar que el criterio de necesidad médica solo fuera ejercido por los médicos y que todos los asegurados recibieran los tratamientos y servicios que se encuentran dentro de su cubierta.⁴ No obstante, esto no se ha logrado.⁵

Es sabido que, son innumerables los casos en que las aseguradoras, ya sea mediante la utilización de las mencionadas guías estandarizadas u otros subterfugios, dilatan o impiden que un paciente reciba los servicios médicos que su proveedor entiende que necesita. Ello sucede tanto en la etapa de diagnóstico como de tratamiento. Ante este escenario, resulta imprescindible auscultar maneras innovadoras y eficientes de evitar que esto suceda. Una opción justa, moral y razonable es sostener a las aseguradoras al estándar de responsabilidad civil originadas en culpa o negligencia, al amparo del Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico. Cónsono con lo anterior, aún cuando esta Asamblea Legislativa entiende que existe un deber de fiducia de las aseguradoras y que bajo el ordenamiento vigente pueden estar sujetas a responsabilidad por daños, se crea una causa de acción estatutaria para aquellos casos en que la aseguradora, directa o indirectamente, interviene en el diagnóstico o tratamiento del paciente y como resultado de dicha intervención, el paciente sufre un daño.

El servicio que ofrece una compañía de seguro de salud, es accesorio a los servicios que brinda un proveedor. Por su parte, el servicio de cubierta que ofrece la aseguradora, únicamente ocurre cuando el asegurado requiere servicios médicos. A su vez, el proveedor tiene un deber de fiducia ante el paciente, por tanto se puede colegir que la aseguradora también tiene o debería tener, un deber de fiducia similar a aquel que tienen los médicos y hospitales.

Al presente, la relación médico y paciente está entrelazada con el juramento hipocrático. Hace más de dos mil (2,000) años atrás, Hipócrates reconoció que las responsabilidades de los médicos estaban ligadas a la posición especial que estos ocupaban en la sociedad.⁶ Sin embargo, debido a la naturaleza de la profesión médica con el pasar del tiempo se han establecido principios de responsabilidad civil para regir la misma. En situaciones de impericia profesional, el médico se expone a perder su licencia, a penalidades a ser impuestas, así como a ser demandado en daños y perjuicios. En Puerto Rico, los daños producto de la impericia profesional, como lo es la impericia médica, se atienden de acuerdo con el Artículo 1802, *supra*,

⁴ Exposición de Motivos de la Ley Núm. 5.

⁵ Véase: CyberNews, *Vuelve la Pugna por Quién Puede Autorizar las Hospitalizaciones*, Noticel, <http://www.noticel.com/noticia/165043/vuelve-la-pugna-por-quien-puede-autorizar-las-hospitalizaciones-documentos.html> (19 de noviembre de 2014); y Ely Acevedo Denis, *Hospitales Apuntan Pérdidas por Negativa de Aseguradoras a Pagar Hospitalizaciones*, Noticel, <http://www.noticel.com/noticia/165073/hospitales-apuntan-perdidas-por-negativa-de-aseguradoras-a-pagar-hospitalizaciones.html> (19 de noviembre de 2014).

⁶ Mark O. Hiepler, *Irreconcilable Differences: Why the doctor-patient relationship is disintegrating at the hands of health maintenance organizations and Wall Street*, 25 Pepp. L. Rev. 597 (1998)

aunque exista un contrato entre el paciente y el proveedor;⁷ además, a esta relación le aplica el estándar del “National Care”.⁸

Para entender más a fondo lo anterior, podemos repasar la opinión del Juez Asociado Rivera Pérez, en López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119 (2004). En dicha ocasión el Tribunal reiteró que los proveedores tienen la obligación de brindar a los pacientes que atienden, luego de obtener su consentimiento informado, “una atención médica que sea acorde con las ‘exigencias profesionales generalmente reconocidas’ a nivel nacional por la profesión, de acorde a los modernos medios de comunicación. Le toca al demandante probar (1) cuál es ese estándar de la mejor práctica reconocida generalmente a nivel nacional; (2) que el proveedor se apartó del mismo; (3) que sufrió un daño; (4) y que el mismo se debió a esa desviación del estándar de cuidado aplicable. Para prevalecer en la demanda por alegada impericia médica el demandante debe derrotar mediante preponderancia de la prueba una presunción de corrección en el diagnóstico o tratamiento médico provisto que cobija al médico, a los efectos que se entiende que el médico ejerció su trabajo de manera responsable”.⁹

De otra parte, en un artículo del “*Journal of American Medical Association*” (JAMA), se habla de tres (3) modelos básicos de la relación médico paciente. La primera es la de “*activity-passivity*”; en esta existe poca interacción entre el proveedor y el paciente. Este modelo comprende procedimientos donde el paciente tiene poca o ninguna participación en el trabajo que realiza el proveedor sobre su persona. Esta relación suele ser la excepción pues se da mayormente en emergencias donde no se puede esperar por el consentimiento informado del paciente. El segundo modelo es el “*guidance-cooperation*”; en este el paciente tiene mayor participación, pues expresa al médico lo que siente y en ocasiones lo que desea, ya sea como tratamiento o como resultado final. A pesar de su participación, existe un elemento de poder y la delegación de este. El paciente reconociendo que el proveedor posee un conocimiento superior, confía en su proveedor y le “delega” poder sobre sí. Según el autor de este artículo, “*the patient is expected to look up and obey his doctor*”. Por último, existe un tercer modelo: el de “*mutual participation*”. Este modelo está predicado sobre la premisa de la igualdad humana y presupone una igual distribución de poder, esto a pesar de que el proveedor posee mayor conocimiento en ciencias de salud. En este modelo el paciente provee información y experiencias de suma importancia para el proveedor y en ocasiones el tratamiento, aunque dirigido por el médico, es llevado a cabo por el propio paciente.¹⁰ Podría colegirse que esta última requiere de una mayor confianza entre las partes, el paciente es clave en el éxito de su tratamiento. Un factor común en los tres modelos de la relación médico-paciente discutido por este autor, es que la confianza y dinámica se da entre las dos partes directamente relacionadas: médico y paciente. En ningún momento se contempla la intervención de un tercero, entiéndase las aseguradoras.

Por otra parte, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha dispuesto que el paciente goza de un derecho constitucional a la autodeterminación corporal que le permite consentir o rechazar un tratamiento médico, sin sujeción a condición médica alguna, como fue reconocido en Lozada

⁷ 31 L.P.R.A. sec. 5141; Martinez Marrero v. Gonzalez Droz, 180 D.P.R. 579 (2011)

⁸ Véase Héctor M. Alvarado Tizol, *Litigación en Casos de Impericia Médica*, 15-17 (1ra edición, Mariana Editores, 2014) citando a: Morrisson v. McNamara, 407, A. 2nd. 555 (1979) (Westlaw 2014) y Olivero v. Abreu, 101 D.P.R. 209 (1973) (Westlaw 2014)

⁹ López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119, 132-135 (2004)

¹⁰ Thomas S. Szasz, M.D.; Marc h. Hollender, M.D., A Contribution to the Philosophy of medicine The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, AMA Arch Intern Med. 1956;97(5):585-592. doi:10.1001/archinte.1956.00250230079008.

Tirado v. Testigos de Jehová, 177 D.P.R. 893 (2010). También, nuestro ordenamiento jurídico establece que la relación médico-paciente constituye “un acto de confianza para las dos partes; principalmente, desde el ángulo del paciente que elige al médico”.¹¹ Asimismo, ha clasificado esta relación como un deber de fiducia en su naturaleza, de la cual surge la exigencia de como norma general todo tratamiento médico requiera consentimiento informado. La justificación para ello es que el “paciente promedio es lego en la ciencia médica, no poseyendo el mismo grado de destreza que su médico. Así, el paciente depende de su médico en la obtención de información esencial para hacer decisiones médicas.”¹²

Es política pública del Estado promover el fortalecimiento de esta relación. De hecho, el Tribunal Supremo de Puerto Rico en Martínez Marrero v. González Droz, 180 D.P.R. 579 (2011) ha reconocido el prominente valor jurídico de la protección a la salud e integridad física de un paciente médico como cuestión de orden público. Tan es así, que se han incluido en las Reglas de Evidencia de Puerto Rico las comunicaciones que se dan por razón de esta relación, como una regla de privilegio no constitucional.¹³ Esto con el propósito de “promover la mayor sinceridad y claridad de las comunicaciones entre médico y paciente, de suerte que el paciente pueda recibir el mejor diagnóstico y tratamiento.”¹⁴ Aun cuando históricamente se ha reconocido que la relación entre el médico y su paciente tiene un gran valor moral y social, con el pasar del tiempo en Puerto Rico –al igual que en el resto de los Estados Unidos de América– esta se ha visto afectada por la intervención de las aseguradoras. Mark O. Hiepler comparó esta tendencia con “la precipitación de un divorcio entre los doctores y los pacientes.”¹⁵ A pesar de que las aseguradoras interfieren en esta relación, al momento de surgir algún daño, estas se distancian de toda responsabilidad. Dicho proceder ha provocado que disminuya la confianza de los pacientes hacia los médicos al momento de atender sus inquietudes. De igual manera, causa inseguridad en los proveedores al momento de recibir un paciente, dado que se exponen a tener que escoger entre hacer lo éticamente correcto¹⁶ y asumir pérdidas económicas u obedecer lo ordenado por las aseguradoras con el fin de que todos los servicios que provea le sean cubiertos.

Cabe señalar que, en Puerto Rico todo paciente tiene derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad por el profesional de la salud de su selección, conforme a su plan de seguro de salud y a los estándares nacionales de cuidado médico.¹⁷

Mediante esta Ley, adelantamos la política pública del Gobierno de Puerto Rico de velar por más y mejores servicios de salud por encima del ánimo de lucro. Además de crear la causa de acción estatutaria, esta Ley realiza varias enmiendas a estatutos relacionados con los servicios de salud en Puerto Rico, con el mismo fin de atender el asunto de la calidad de estos servicios. A continuación, se presenta una breve explicación de cada una:

¹¹ Colón Prieto v. Geigel, 115 D.P.R. 232, 246 (1984), citando a A.J. Bueres, Responsabilidad Civil de los Médicos, 54 (Buenos Aires, Ed. Abaco, 1979).

¹² Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R. 639, 685 (1988)

¹³ R. Evid. 506

¹⁴ Comité Asesor Permanente de Reglas de Evidencia, Informe de las Reglas de Derecho Probatorio, 252 (Secretariado de la Conferencia Judicial y Notarial 2007)

¹⁵ Hiepler, *supra* n. 11, pág. 1-2

¹⁶ Véase American Medical Association, Principles of Medical Ethics <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page?>

¹⁷ Oficina del Procurador del Paciente, Reglamento para Implantar las Disposiciones de la Ley Número 194 De 25 de Agosto de 2000, Según Enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades y el Paciente de Puerto Rico, Núm. 7617.

En el Artículo 1 de la presente Ley, se enmienda la definición de “paciente”, contenida en la Ley Núm. 77-2013, *supra*. Al presente, bajo la mencionada Ley, el Procurador del Paciente no tiene autoridad para representar y velar por los derechos de pacientes que tengan un plan médico que no sea el provisto por el Estado. No obstante, conforme a la Exposición de Motivos de la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, el Procurador tiene el poder de fijar penalidades a proveedores y aseguradores de servicios de salud médico-hospitalarios por incumplir con ciertos requisitos de esta Ley, incluyendo no divulgar la totalidad de la información requerida por la ley o divulgar intencionalmente o a sabiendas información falsa, asegura que los consumidores tendrán la información que necesitan y requieren para tomar las decisiones que atañen uno de los aspectos más importantes en la vida de todo ser humano: las decisiones relativas a la salud propia y de los seres queridos. Por tanto, pacientes que no son beneficiarios del plan de salud del Gobierno no cuentan con esta figura para atender sus problemas con las aseguradoras. Por esta razón, los pacientes que no son beneficiarios del plan del gobierno deben radicar las querellas ante la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS). No obstante, dada la naturaleza y peritaje de la OCS, en dicho foro no se vela por la calidad del servicio de salud, sino que se atienden controversias contractuales. Siendo la determinación de tratamiento médico un asunto de criterio médico y por ende de calidad de servicios, esta Asamblea Legislativa entiende que el Procurador del Paciente es quien debe tener jurisdicción para atender estos asuntos y no la OCS; además de entender que limitar las protecciones de la Ley Núm. 77-2013, *supra*, a un solo sector de los pacientes en Puerto Rico fue un error legislativo.

Respecto a la enmienda contenida en el Artículo 3 de la Ley Núm. 77-2013, *supra*,: en ocasiones surge la situación en la que el paciente a quien se le deniega una cubierta de servicio de salud, no se encuentra apto físico o mentalmente para presentar una querella ante el foro pertinente y esperar a que la misma sea aprobada para recibir dicho tratamiento. En este escenario resultaría oportuno que el médico que realiza la recomendación pueda tener la discreción de acudir directamente ante el Procurador del Paciente para presentar una querella; de manera que, se atienda prontamente y el paciente no se vea perjudicado por dilaciones innecesarias. No se le impone una responsabilidad adicional al médico ni se limita la facultad de los pacientes. Solo se reconoce al médico como parte con legitimación para reclamar derechos a nombre de su paciente, por el interés que esto reviste para el médico y el Estado.

Sobre la enmienda contenida en el Artículo 3: la protección brindada por virtud de la Ley Núm. 5-2014, *supra*, es primordialmente un asunto de calidad de servicios médicos. Siendo el criterio rector la determinación de “necesidad médica” hecha por un proveedor, la figura que debería aprobar la reglamentación necesaria es el Procurador del Paciente y no la OCS. Aun así, debe ser en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Comisionado de Seguros y el Secretario del Departamento de Salud, dado que estos podrían venir llamados a implantar ciertas disposiciones de la Ley; así como por su conocimiento especializado en materias supletorias.

Sobre la cuarta enmienda, a los efectos de imponer la obligación de divulgar y justificar las determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud: se persigue que cada aseguradora utilice exclusivamente criterios válidos para realizar las mismas. Obligar a publicar esta información servirá como disuasivo a la práctica de denegar arbitrariamente. Además, se hace accesible toda la información necesaria para que un paciente cuente con datos suficientes al momento de seleccionar su aseguradora.

Esta Asamblea Legislativa reconoce el rol importante tanto de los proveedores como de las aseguradoras en el sistema de salud de Puerto Rico. No obstante, el norte de un sistema de salud debe ser la calidad de los servicios en beneficio de los pacientes por encima del ánimo de lucro. Es por ello que adopta la presente Ley en aras de garantizar mayores protecciones a los pacientes en la Isla.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se enmienda el inciso (f) del Artículo 3 de la Ley Núm. 77-2013 según enmendada, para que se lea como sigue:

“Artículo 3.- Definiciones:

(a) (. . .)

(f) Paciente: toda persona, que necesite, esté sujeto, solicite o reciba servicios de cuidado de salud o servicios básicos de cuidado de salud, para una condición física o mental, sea o no suscriptor de un Plan de Cuidado de Salud, Programa Federal *Medicaid*, o *Medicare* partes A, B, C (*Medicare Advantage*) y D, *Medicare Platino*, o de cualquier organización de servicios de salud autorizada para administrar poblaciones de pacientes *Medicare* y/o *Medicare Platino* o asumir funciones de tercera parte en conformidad con la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”.

(g) ...”

Sección 2.- Se enmienda el Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, a los fines de introducir un nuevo sub inciso (i) y (ii) al inciso (o), para que se lea como sigue:

“Artículo 7.- Responsabilidad del Procurador

El Procurador será responsable de la organización y funcionamiento de la Oficina, para lo cual tendrá las siguientes facultades y deberes:

(a) . . .

. . .

(o) Tendrá jurisdicción para atender querellas relacionadas con la negación de autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, por parte de cualquier compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas; cuando haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, según se define en la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza. En casos de negaciones de autorizaciones, determinaciones adversas o

denegaciones de servicios de salud relacionadas a la hospitalización, prolongación de hospitalización y asuntos de emergencia de un paciente, se paralizará esta, hasta que el Procurador del Paciente adjudique sumariamente en un término no mayor de setenta y dos (72) horas dicha querrela para evitar daños al paciente. El Procurador determinará mediante reglamento los criterios para definir las situaciones que requerirán procedimiento sumario. Lo anteriormente descrito no dará base a que se pueda responsabilizar a la Oficina del Procurador del Paciente, sus funcionarios o agentes del Estado por daños y perjuicios causados por tardanza alguna en atender estas negociaciones de autorizaciones, determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud de emergencia.

- i. Además del paciente, familiar, tutor legal o cualquier otra persona reconocida por Ley para entablar la reclamación bajo el inciso (o) de este Artículo, se le reconoce a la facilidad de salud y al proveedor de servicios de salud que realiza la recomendación, legitimación para que discrecionalmente tenga la facultad de presentar la querrela o entablar la reclamación cuando éste entienda que el paciente no está apto física o mentalmente para presentar una querrela ante el foro pertinente y no proveerle el servicio a este pudiese perjudicar su salud o en aquellos casos en que el paciente preste su consentimiento expreso para que la facilidad de salud o el proveedor presente la querrela o entable la reclamación a su nombre. Dicho consentimiento podrá demostrarse con prueba fehaciente. Asimismo, se prohíbe a cualquier compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas llevar a cabo actos constitutivos de represalia contra la facilidad de salud o el proveedor de servicios de salud por ejercer los derechos y prerrogativas conferidos en esta Ley, sobre todo lo relacionado a presentar la querrela y reclamación en beneficio del paciente por entender que no proveerle determinados servicios perjudicaría su salud.
- ii. Toda compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas que tome represalia contra una facilidad de salud o un proveedor de servicios de salud en violación a las prohibiciones expresadas en esta Ley, incurrirá en responsabilidad civil por una suma igual al doble del importe de los daños que el acto haya causado, a la facilidad de salud o al proveedor de servicios de salud y la concesión de honorarios de abogados.

(p) ...”

Sección 3.- Se enmienda el Artículo 6 de la Ley Núm. 5-2014, para que se lea como sigue:

“Artículo 6.- Reglamentación y Multas Administrativas

El Procurador del Paciente, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Comisionado de Seguros y el Secretario del Departamento de Salud, adoptará la reglamentación necesaria para velar por el

cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, en un término no mayor de sesenta (60) días a partir de la aprobación de la misma. Se faculta al Procurador del Paciente para imponer multas administrativas por violación a las disposiciones de esta Ley, previa notificación y vista, conforme y hasta las cantidades dispuestas en la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

No obstante, toda persona que voluntaria y maliciosamente impidiere y obstruyere el ejercicio de las funciones del Procurador, o del personal de su Oficina, o sometiere información falsa a sabiendas de su falsedad, incurrirá en delito menos grave y convicta que fuere será castigada con una multa no mayor de cinco mil (5,000) dólares.

Cuando el impedimento u obstrucción a que se refiere el párrafo anterior se ocasione mediante intimidación, fuerza o violencia, tal acción constituirá delito grave y convicta que fuere cualquier persona, estará sujeta a la pena de reclusión por un término fijo que no excederá de cinco (5) años ni será menor de seis (6) meses y un día, o pena de multa que no excederá de diez mil (10,000) dólares ni será menor de cinco mil (5,000) dólares, o ambas penas a discreción del Tribunal.

Además se ordena a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a reglamentar los procesos de revisión y utilización conforme a los estándares nacionales de los Estados Unidos de América.”

Sección 4.- Se enmienda la Ley Núm. 5-2014, a los fines de añadir un nuevo Artículo 7, para que se lea como sigue:

“Artículo 7.- Acceso a la Información de Estadísticas de Determinaciones Adversas o Denegaciones de Servicios de Salud

Toda compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, vendrá obligada a someter al Procurador del Paciente, informes trimestrales en los que consignará, desglosado de la manera proscrita por el Procurador mediante Reglamento, y tomando las precauciones necesarias para proteger la identidad de los asegurados, el número total de determinaciones adversas o denegaciones de servicio, así como la justificación para dicha determinación adversa o denegaciones de servicios de salud y cualquier otra información pertinente que se establezca mediante Reglamento.

Los plazos trimestrales fijados para la radicación de los informes exigidos en este Artículo comenzarán a discurrir noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de esta Ley. Los formularios necesarios para recopilar de manera uniforme la información requerida deberán estar disponibles dentro de dicho término y se remitirán a todos los obligados a rendir los informes requeridos.

La dilación o inacción de la agencia en cuanto a la preparación, tanto de la reglamentación autorizada como de los formularios para requerir la información, no será, sin embargo, justificación para que las personas naturales o jurídicas no provean, a partir del primer trimestre transcurrido luego de los noventa (90) días contados a partir de la fecha de vigencia de esta Ley, la información requerida en este Artículo.

El Procurador del Paciente será responsable de mantener, en su página cibernética, todos los informes que en cumplimiento este Artículo le sean sometidos, así

como los nombres de aquellas compañías que no provean, en el plazo requerido, la información correspondiente.

Sección 5.-Se enmienda la Ley Núm. 5-2014, a los fines de añadir un nuevo Artículo 8, para que lea como sigue:

“Artículo 8.- Se prohíbe que cualquier compañía de seguro de salud, o cualquier persona jurídica de la cual sus accionistas, oficiales o directores, o cualquier otra persona natural o jurídica que sea el *alter ego*, o tenga un interés económico directo o sea un conducto económico pasivo de la misma, a realizar el proceso de revisión y utilización en cualquiera de los niveles de apelación.”

Sección 6.- Se enmienda la Ley Núm. 5-2014, a los fines de añadir un nuevo Artículo 9, para que se lea como sigue:

“Artículo 9. - Causa de Acción

Salvo aquellos casos en que no sea permitido por disposición federal, toda aseguradora que directa o indirectamente, a través de sus empleados, oficiales, agentes, personal, normas o por cualquier otro medio, intervenga en el proceso de diagnóstico o tratamiento médico, será responsable por los daños ocasionados por sus actuaciones y omisiones al paciente, sus familiares y cualquier otra persona que pueda reclamarlos conforme ha sido reconocido por la jurisprudencia y vendrá obligado a reparar los daños causados. La responsabilidad civil de la aseguradora será solidaria con los restantes cocausantes del daño. Dicha responsabilidad de las aseguradoras se determinará bajo los principios de negligencia expuestos en el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico y su jurisprudencia interpretativa. Esta causa de acción será jurisdicción de los Tribunales del Gobierno de Puerto Rico.”

Sección 7.- Se enmienda la Ley Núm. 5-2014, a los fines de reenumerar los Artículos 7 y 8 como Artículos 10 y 11, y para que se lean como sigue:

“Artículo 10.- Cláusula de Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de esta Ley fuere declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de la misma. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de la misma que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Artículo 11.- Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.”

Sección 8.- Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.