

**SENADO DE PUERTO RICO**

**P. del S. 27**

2 de enero de 2017

Presentado por el señor *Rivera Schatz*

*Referido a la Comisión de Salud*

**LEY**

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

**EXPOSICION 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, las asistencia médica y los servicios sociales necesarios.<sup>1</sup> Cuando un asunto trata sobre servicios de salud, lo primero que viene a la mente es la relación médico-paciente.<sup>2</sup> Sin embargo, en nuestra jurisdicción, esta relación se ve afectada por un tercero: las compañías de seguros de salud (en adelante aseguradora). Un ejemplo de esto lo es cuando un proveedor de cuidados médicos (en adelante proveedor) entiende necesario la hospitalización prolongada de un paciente y se desata una pugna entre el proveedor y la aseguradora del paciente sobre si debe hospitalizarse o no. Esto aún cuando la cubierta de seguro médico, por la cual la aseguradora recibe pagos, contempla este tipo

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Exposición de Motivos Ley Núm. 5- 2014

de servicio. Esto es resultado, aunque no exclusivamente, del uso por las aseguradoras de unas guías clínicas estandarizadas<sup>3</sup> 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. 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 referida Ley, el Estado intentó garantizar, entre otras cosas, que el criterio de necesidad médica solo fuera ejercido por los médicos y que se les garantizara a todos los asegurados los tratamientos y servicios que se encuentran dentro de su cubierta.<sup>4</sup> No obstante, esto no se ha logrado.<sup>5</sup>

Aún 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 de evitar que esto suceda de una manera eficiente. Una opción justa, moral y razonable es sostener a las aseguradoras al mismo estándar de responsabilidad que los proveedores y los hospitales. 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

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Exposición de Motivos de la Ley Núm. 5.

<sup>5</sup> 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).

estatutaria para aquellos casos en que la aseguradora, directa o indirectamente, interviene en el diagnóstico o tratamiento del paciente y como resultado directo o indirecto de dicha intervención, el paciente sufre un daño.

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

Al presente, la relación médico y paciente está entrelazada con el juramento hipocrático. Hace más de 2,000 años atrás Hipócrates reconoció las responsabilidades de los médicos, las cuales vienen de la mano con la posición especial que ocupaban en la sociedad.<sup>6</sup> 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 Art. 1802 del Código Civil aun cuando exista un contrato entre el paciente y el proveedor<sup>7</sup> y aplica el estándar de “National Care”.<sup>8</sup>

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 “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

<sup>6</sup> 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)

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

<sup>8</sup> 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)

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 fuerte presunción que cobija al médico, a los efectos que se entiende que el médico ejerció su trabajo de manera responsable.<sup>9</sup>

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 él. 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.<sup>10</sup> 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 discutidos por este autor, es que la confianza y dinámica se

---

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

<sup>10</sup> 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.

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, nuestro Tribunal Supremo ha dispuesto que la relación médico-paciente constituye “un acto de confianza para las dos partes; principalmente, desde el ángulo del paciente que elige al médico”.<sup>11</sup> Asimismo, ha clasificado esta relación como un deber de fiducia en su naturaleza, de la cual surge la exigencia de cómo 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.”<sup>12</sup>

Es política pública del Estado promover el fortalecimiento de esta relación. Tan es así, que se han incluido en las Reglas de Evidencia las comunicaciones que se dan por razón de esta relación, como una regla de privilegio no constitucional.<sup>13</sup> 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.”<sup>14</sup> Aun cuando se ha reconocido a esta relación 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 relación 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.”<sup>15</sup> A pesar de interferir en esta relación, al momento de surgir algún daño, las aseguradoras se distancian de toda responsabilidad. Esto 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

---

<sup>11</sup> Colon 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).

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

<sup>13</sup> R. Evid. 506

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

<sup>15</sup> Hiepler, *supra* n. 11, pág. 1-2

escoger entre hacer lo éticamente correcto<sup>16</sup> 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, conforme a su plan de seguro de salud por el profesional de la salud de su selección y conforme a los estándares nacionales de cuidado médico.<sup>17</sup>

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 a los servicios de salud en Puerto Rico, con el mismo fin de atender el asunto de la calidad de estos servicios. A continuación una breve explicación de cada una:

En el Artículo 1 de la presente Ley se enmienda la definición de “paciente”, contenida en la Ley Núm. 77-2013 según enmendada, conocida como: “Ley Habilitadora del Procurador del Paciente” para ampliar la misma. Al presente, el Procurador del Paciente no tiene autoridad en Ley para representar y velar por los derechos de pacientes que tengan un plan médico que no sea el provisto por el Estado. 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 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, 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

---

<sup>16</sup> 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?>

<sup>17</sup> 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.

además de entender que limitar las protecciones de la Ley 77 a un solo sector de los pacientes en Puerto Rico fue un error legislativo.

Respecto a la enmienda contenida en el artículo 2: 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 querrela 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 acudir directamente ante al Procurador del Paciente para presentar una querrela 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 5, 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, la Comisionada 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: perseguimos 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 por encima del ánimo de lucro. Es por ello que adopta la presente ley en aras de garantizar mayores protecciones a los pacientes en nuestra Isla.

**DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

1 Artículo 1. - se enmienda el Artículo 2 de la Ley Núm. 77-2013 según  
2 enmendada, conocida como: "Ley Habilitadora del Procurador del Paciente" para  
3 que lea como sigue:

4 "Artículo 2. - Definiciones:

5 (a) (. . .)

6 (f) Paciente: **[se refiere a todo suscriptor beneficiario de la Reforma de**  
7 **Salud.]** *toda persona, sea o no suscriptor de un Plan de Cuidado de Salud, que*  
8 *necesite, esté sujeto, solicite o reciba servicios de cuidado de salud."*

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

11 "Artículo 7.-Responsabilidades del Procurador

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

14 (a) . . .

15 . . .

16 (o) Tendrá jurisdicción para atender querellas relacionadas con la negación  
17 de autorización para los procesos de hospitalización de un paciente,

1           incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos  
2           por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la  
3           debida prestación de servicios de salud al mismo, por parte de  
4           cualquier compañía de seguros de salud, organización de servicios de  
5           salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico,  
6           por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas; cuando  
7           haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la  
8           premisa de necesidad médica según se define en la Ley Núm. 194-2011,  
9           según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de  
10          Puerto Rico”, en los casos en que estos servicios sean parte de la  
11          cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado  
12          mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro  
13          de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.

14                   *i. Además del paciente, familiar, tutor legal o cualquier otra persona*  
15                   *reconocida por Ley para entablar la reclamación bajo el inciso (o) de*  
16                   *este Artículo, se le reconoce al proveedor de servicios de salud que*  
17                   *realiza la recomendación, legitimación para presentar la querrela o*  
18                   *entablar la reclamación cuando éste entienda que no proveerle el*  
19                   *servicio al paciente, podrá perjudicar su salud.”*

20  
21          Artículo 3.- Se enmienda el Artículo 6 de la Ley 5-2014, para que lea como sigue:

22                   “Artículo 6.-El **[Comisionado de Seguros]** *Procurador del Paciente*, en  
23          coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto

1 Rico, el **[Procurador del Paciente]** *Comisionado de Seguros* y el Secretario del  
2 Departamento de Salud, adoptará la reglamentación necesaria para velar por  
3 el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, en un término no mayor de  
4 **[noventa (90)]** *sesenta (60)* días a partir de la aprobación de la misma.”

5 Artículo 4.- Se enmienda la Ley 5-2014, a los fines de añadir unos nuevos

6 Artículos 7 y 8 y reenumerar los Artículos subsiguientes para que lean como sigue:

7 *“Artículo 7. Acceso a la Información de Estadísticas de Determinaciones*  
8 *Adversas*

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

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

21 *La dilación o inacción de las agencias en cuanto a la preparación, tanto de la*  
22 *reglamentación autorizada como de los formularios para requerir la información, no*  
23 *será, sin embargo, justificación para que las personas naturales o jurídicas no provean,*

1 *a partir del primer trimestre transcurrido luego de los noventa (90) días contados a*  
2 *partir de la fecha de vigencia de esta ley, la información requerida en este artículo.*

3 *El Procurador del Paciente será responsable de mantener, en su página*  
4 *cibernética, todos los informes que en cumplimiento este artículo le sean sometidos, así*  
5 *como los nombres de aquellas compañías que no provean, en el plazo requerido, la*  
6 *información correspondiente.*

#### 7 *Artículo 8. Causa de Acción*

8 *Salvo aquellos casos en que no sea permitido por disposición federal, toda*  
9 *aseguradora que directa o indirectamente, a través de sus empleados, oficiales, agentes,*  
10 *personal, normas o por cualquier otro medio, intervenga en el proceso de diagnóstico o*  
11 *tratamiento médico, será responsable de los daños sufridos por el paciente y vendrá*  
12 *obligado a reparar los daños causados. El grado de intervención de la aseguradora,*  
13 *será utilizada para determinar el grado de su responsabilidad por los daños sufridos*  
14 *por el paciente.*

#### 15 *Artículo [7] 9.-Cláusula de Separabilidad*

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

21 *Artículo [8] 10.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de*  
22 *su aprobación."*

23 *Artículo 5. - Vigencia*

1 Esta ley comenzará a regir de forma inmediata, luego de su aprobación.