



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Procurador del Paciente

Número: 9063

Fecha: 13 de DICIEMBRE DE 2018

Aprobado: Hon. Luis G. Rivera Marín

Secretario de Estado

A stylized, handwritten signature in black ink, likely belonging to Lcdo. Felix Vega Fournier.

Lcdo. Felix Vega Fournier

Secretario Auxiliar

Departamento de Estado

Gobierno de Puerto Rico

**REGLAMENTO PARA IMPLANTAR EL PROCEDIMIENTO
ADJUDICATIVO SUMARIO AL AMPARO DE LAS DISPOSICIONES
DE LA LEY NÚM. 47-2017**

San Juan, Puerto Rico
2018

CONTENIDO

PARTE I: DISPOSICIONES GENERALES	3
Artículo 1: Título	3
Artículo 2: Base Legal	3
Artículo 3: Aplicabilidad y Alcance de los Procedimientos.....	3
Artículo 4: Propósito	4
Artículo 5: Interpretación	5
Artículo 6: Definiciones.....	6
PARTE II: DISPOSICIONES.....	11
Artículo 7: Procedimiento Adjudicativo Sumario	11
Artículo 8: Acceso a Información de Estadísticas de Determinaciones Adversas o Denegaciones de Servicios de Salud.....	17
Artículo 9: Acuerdos de Colaboración.....	18
Artículo 10: Implicaciones legales y sanciones por la Obstrucción de los Procesos o Represalias contra una facilidad de salud o un proveedor de servicios de salud	18
PARTE III: DISPOSICIONES FINALES	19
Artículo 11: Separabilidad	19
Artículo 12: Vigencia	19
Artículo 13: Enmiendas	19
Artículo 14: Cláusula de Salvedad	19

**REGLAMENTO PARA IMPLANTAR EL PROCEDIMIENTO ADJUDICATIVO SUMARIO
AL AMPARO DE LAS DISPOSICIONES DE LA LEY NÚM. 47-2017**

PARTE I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1: Título

Sección 1. Este Reglamento lleva por título “Reglamento para Implantar el Procedimiento Adjudicativo Sumario al Amparo de las Disposiciones de la Ley Núm. 47-2017”.

Artículo 2: Base Legal

Sección 1. Por virtud del Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, según enmendada, conocida como, “Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”, la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) tiene la facultad de establecer, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud (ASES), la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) y el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), la reglamentación para implantar las disposiciones de esta Ley Núm. 47-2017.

Sección 2. La OPP adopta el presente Reglamento al amparo de los poderes y facultades conferidos al Procurador del Paciente bajo el Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, supra y la Ley Núm. 38-2017, según enmendada, conocida como, “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico”.

Artículo 3: Aplicabilidad y Alcance de los Procedimientos

Sección 1. Las disposiciones de este Reglamento aplicarán a toda organización de seguros de salud, asegurador autorizado a suscribir planes médicos en Puerto Rico y sujeto a la jurisdicción de la OPP, así como a organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea beneficios o servicios médico-hospitalarios bajo la jurisdicción de la OPP. Ello en cumplimiento con lo establecido en las disposiciones a, b y c del Artículo 4 de la Ley Núm. 77-2013, supra, relativo a los deberes y funciones del Procurador del Paciente, con el fin de que la Oficina pueda garantizar la accesibilidad del cuidado médico, servir de facilitador para que el servicio médico llegue a cada paciente de una forma más eficiente y 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.

Sección 2. Además, cónsono con la Ley especial Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como “Ley de Facilidades de Salud de Puerto Rico” y la Ley Núm. 2 de 7 de noviembre de 1975, según enmendada, las disposiciones de este

Reglamento aplicarán, así mismo, a los planes médicos o servicios de cuidado de salud que formen parte del Programa Medicare, Medicare Advantage o Medicaid, en tanto y en cuanto no se afecte el campo ocupado. La Oficina del Procurador del Paciente hará los correspondientes referidos de rigor a las entidades federales a fin de darle curso adecuado a los requerimientos y necesidades del paciente. Por otro lado, las disposiciones de este Reglamento aplicarán a aquellas aseguradoras participantes en el Plan de Salud del Gobierno (PSG) y a las aseguradoras privadas.

Sección 3. Nada de lo dispuesto en este Reglamento se entenderá que modifica, enmienda o deroga alguna de las leyes, reglamentos o procedimientos en conformidad con sus leyes habilitadoras, de la Administración de Seguros de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros y el Departamento de Salud.

Artículo 4: Propósito

Sección 1. Este Reglamento establece las normas que prohíben que una 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; niegue o pueda negar o dilate la debida autorización de servicios de hospitalización a 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, 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.

Sección 2. Este Reglamento aplicará, además, en casos de negaciones de autorizaciones, determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud relacionadas a la hospitalización, prolongación de hospitalización o dilación injustificada de la misma y a asuntos de emergencia de un paciente. La determinación en cuestión se paralizará hasta que el Procurador del Paciente adjudique sumariamente en un término no mayor de setenta y dos (72) horas dicha querella, para evitar daños al paciente.

Sección 3. Este Reglamento, a su vez, pretende establecer el mecanismo que permita atender las querellas interpuestas por el paciente, familiar, tutor legal o cualquier otra persona reconocida por ley para entablar la reclamación bajo el inciso (o) del Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, *supra*. Cónsono con lo dispuesto en la ley, este Reglamento 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 querella o entablar la reclamación cuando este entienda que el paciente no está apto física o mentalmente para presentar una querella ante el foro pertinente; y el 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 querella o entable la reclamación a su nombre.

Sección 4. Este Reglamento dispondrá la herramienta para atender las querellas que surjan como consecuencia de una acción por parte de 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 constituya una represalia contra una facilidad de salud o un proveedor de servicios de salud en violación a las prohibiciones expresadas en la Ley Núm. 77-2013, supra.

Sección 5. En virtud de lo dispuesto en la ley, la compañía u organización 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.

Sección 6. De otra parte, al amparo de este Reglamento, se solicitarán informes sobre quejas y querellas, tanto de las aseguradoras como de la Administración de Seguros de Salud. Esto, con el fin de identificar posibles patrones de infracción a los derechos de los pacientes, como producto de la negación o dilación de la debida autorización de servicios de hospitalización a 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, cuando haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica. La solicitud de informes se hará al amparo de lo dispuesto en el Artículo 7 inciso (h) de la Ley Núm. 77-2013, supra.

Artículo 5: Interpretación

Sección 1. El Gobierno de Puerto Rico reconoce como su política pública que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos, que es superior al ánimo de lucro.

Cónsono con lo dispuesto en la Ley Núm. 194-2011, supra, que define la necesidad médica como: “[...] *todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es médicamente necesario para todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:*

1. *Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;*
2. *Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios y procedimientos de salud;*
3. *La determinación de necesidad médica no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud, otros proveedores de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;*
4. *Sea dentro del ámbito de la práctica o especialidad médica del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y*
5. *Que dicha determinación de necesidad médica está basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente”.*

En consecuencia, de ser necesaria la interpretación de alguna de las disposiciones de este Reglamento, la interpretación que prevalecerá respecto a la necesidad médica como criterio rector, del servicio de hospitalización será aquella que atienda las necesidades médicas del paciente, de acuerdo con el criterio de su facultativo médico”.

Sección 2. Ninguna póliza, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de hospitalización dispondrá que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a la discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrá normas de interpretación o revisión que contravengan las disposiciones del Código de Seguros de Salud o Código de Seguros de Puerto Rico o disposiciones de la Ley Núm. 77-2013, *supra*. 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 querella y reclamación en beneficio del paciente por entender que no proveerles determinados servicios perjudicaría su salud.

Artículo 6: Definiciones

Para propósitos de este Reglamento los siguientes términos tendrán el significado que se expone a continuación:

1. **Adjudicación:** significa el pronunciamiento, basado en fundamentos de derecho, mediante el que una agencia determina los derechos, obligaciones o privilegios que correspondan a una parte.
2. **Beneficios cubiertos, Beneficios o Cubierta médica:** se refiere a los servicios de cuidado de la salud a los que una persona o asegurado tiene derecho conforme a la cubierta de un plan médico.
3. **Determinación adversa, negación de autorización o denegación de servicios de salud,** significa:
 - a. Una decisión tomada por una organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización directa o a través de un tercero contratado, en la que se deniega, modifica la determinación médica, dilata la autorización pertinente, reduce o termina un servicio de hospitalización, o no se paga dicho servicio, parcial o totalmente, ya que, al aplicar los procesos de revisión de utilización, a base de la información provista, el servicio de hospitalización solicitado, cuando la misma ha sido recomendada o justificada por un médico debidamente licenciado en la jurisdicción de Puerto Rico, a juicio de la aseguradora no cumple con los requisitos de necesidad médica, o el lugar en que se presta el servicio no es idóneo o el nivel del cuidado no es apropiado;
 - b. La denegación, modificación de la determinación médica, dilación de la autorización pertinente, reducción, terminación o ausencia de pago de un servicio de hospitalización, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el servicio de hospitalización.
 - c. Cuando la organización de seguros de salud o asegurador, a través de sí o de un tercero contratado, dilate la autorización de una orden médica de hospitalización por un término mayor a las 24 horas, desde que la misma es sometida a la organización de seguros de salud o asegurador.
4. **Informes:** Para los efectos de este Reglamento será un documento escrito que deberán producir, tanto las aseguradoras como la Administración de Seguros de Salud, sobre quejas y querellas, para identificar posibles patrones de infracción a los derechos de los pacientes.

5. **Necesidad médica:** significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es médicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:
- a. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
 - b. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
 - c. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente, del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
 - d. Sea dentro del ámbito de la práctica o especialidad médica del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
 - e. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.
6. **Oficina:** se refiere a la Oficina del Procurador del Paciente (OPP).
7. **Organización de seguros de salud o Asegurador:** significa una entidad con o sin fines de lucro sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o a la jurisdicción de la Oficina del Comisionado de Seguros, que se obligue a proveer a uno o más planes de cuidado de salud o cubiertas de alcance similar o que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud. Para efectos de este Reglamento, cualquier tercero contratado por un asegurador para ofrecer servicios de cualquier índole concernientes a la cubierta médica y relacionado al propósito de este Reglamento tendrá los mismos deberes y obligaciones del asegurador, conforme a la Ley Núm. 47-2017, *supra* y este Reglamento.
8. **Paciente:** significa 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 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 Salud de Puerto Rico".

9. **Procedimiento de adjudicación sumario:** De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Núm. 38-2017, *supra* es el procedimiento adjudicativo de emergencia, que será de aplicación en una situación apremiante para evitar daños al paciente, cuando exista un peligro inminente a la salud del paciente. A su vez la agencia podrá tomar aquella acción que sea necesaria dentro de las circunstancias antes descritas y que justifique el uso de una adjudicación inmediata, expedita o sumaria. La agencia emitirá una Orden o Resolución que incluya una concisa declaración de las determinaciones de hecho, conclusiones de derecho y las razones de política pública que justifican la decisión de la agencia de tomar una acción específica.

La agencia dará aquella notificación que considere más conveniente, a las personas que sean requeridas a cumplir con la Orden o Resolución. La Orden o Resolución será efectiva al emitirse. Después de emitida una Orden o Resolución de conformidad a este procedimiento, la agencia deberá proceder prontamente a completar cualquier procedimiento que hubiese sido requerido, si no existiera un peligro inminente.

10. **Persona Cubierta o Asegurado:** se refiere al tenedor de una póliza o certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico.
11. **Plan médico:** significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base pre-pagada, mediante la cual la organización de seguros de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de servicios de estos.
12. **Procurador:** se refiere al Procurador del Paciente y las funciones o autoridades conferidas al mismo en este Reglamento; que podrán ser delegadas a un funcionario de la Oficina o persona contratada.

13. **Profesional médico:** significa médico con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de salud a tenor con las leyes estatales y Reglamentos correspondientes.
14. **Profesional de la salud:** significa un profesional de la salud vinculado a las distintas disciplinas con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de salud, directos o auxiliares, a tenor con las leyes estatales y Reglamentos correspondientes.
15. **Querella:** reclamación presentada ante la Oficina por cualquier persona con legitimación en ley, sea natural o jurídica, y que cumple con todos los requisitos para ser atendida por la vía de adjudicación sumaria.
16. **Querellado:** persona natural o jurídica a la que se le imputan unos hechos que constituyen posible violación o incumplimiento de las leyes y Reglamentos que administra la Oficina.
17. **Querellante:** paciente, familiar, tutor legal o cualquier otra persona, natural o jurídica, reconocida por Ley que presente una reclamación ante la Oficina. Se le reconoce a la facilidad hospitalaria y al proveedor de servicios de salud que realiza la recomendación por razón de necesidad médica, legitimación para que discrecionalmente tenga la facultad de presentar la querella o entablar la reclamación cuando éste entienda que el paciente no está apto física o mentalmente para presentar una querella 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 querella o entable la reclamación a su nombre.
18. **Represalia:** para los efectos de este Reglamento se define como aquella conducta constitutiva de un agravio producido por la compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, dirigido a un proveedor de servicios de salud o a una facilidad de salud por este último haber ejercido una obligación o derecho comprendido en la ley.
19. **Situación Apremiante:** situación en que, según la necesidad o criterio médico, exista un peligro o riesgo inminente para la salud, que requiere acción inmediata por parte de la Oficina del Procurador del Paciente.

20. **Servicios de Salud:** Todo aquel servicio médico, procedimiento, tratamiento, diagnóstico, prevención, pruebas, medicamentos, cura o alivio, dentro del alcance contemplado en el inciso (o) del Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, *supra*, dirigido a controlar, diagnosticar, prevenir, curar, tratar o aliviar una enfermedad, condición de salud, lesión, dolencia, padecimiento o síntomas de un paciente.

PARTE II: DISPOSICIONES

Artículo 7: Procedimiento Adjudicativo Sumario

1. La Oficina podrá usar este procedimiento adjudicativo sumario en casos de reclamaciones interpuestas por un paciente, familiar, tutor legal o cualquier otra persona reconocida por ley para entablar la reclamación bajo el inciso (o) del Artículo 7, de la citada Ley Núm. 77-2013, *supra* concernientes a negaciones o dilaciones de autorizaciones, determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud relacionadas a la hospitalización, prolongación de hospitalización, los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo y haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, según definidos dichos conceptos en este Reglamento.
2. Para asuntos de emergencia de un paciente cuando resulte ser una situación apremiante y haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, según definidos dichos conceptos en este Reglamento.
3. Para los casos o querellas relacionados a servicios de salud, no contemplados en el inciso (o) del Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, *supra*, le serán de aplicabilidad el procedimiento adjudicativo regular u ordinario y, por lo tanto, le aplicarán los procesos establecidos en el Reglamento 7558 de 19 de agosto de 2008, concerniente a los Procedimientos Administrativos ante la Oficina del Procurador del Paciente.
4. Solo se podrá utilizar el procedimiento adjudicativo sumario 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, el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza y resulten servicios como consecuencia de una hospitalización, 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.

5. La negación de autorizaciones, la dilación de estas, las determinaciones adversas o las denegaciones de servicios de salud relacionadas a la hospitalización, la prolongación de hospitalización o los asuntos de emergencia de un paciente se paralizarán, hasta que el Procurador del Paciente adjudique la controversia sumariamente. La adjudicación relacionada a casos de negaciones de autorizaciones, determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud relacionadas a la hospitalización, prolongación de hospitalización y los asuntos de emergencia de un paciente, se realizará en un término no mayor de setenta y dos (72) horas luego de presentada la querella y se cuente con la evidencia y los elementos que permitan tomar una determinación para evitar daños al paciente.

Se entenderá como presentada la querella al momento en que es recibida toda la documentación necesaria por el oficial o funcionario de la OPP y se envía el acuse de recibo del correo electrónico o fax. La documentación necesaria incluye, pero no se limita a la información completa del paciente, justificación de la necesidad médica, negación de la aseguradora, entre otros documentos que podrían ser requeridos por la Oficina. No se entenderá como presentada la querella hasta tanto se reciban todos los documentos solicitados a la parte querellante. La Oficina, una vez recibida la querella, notificará al querellante por escrito y dentro de un término de veinticuatro (24) horas cualquier documento o información necesaria para la atención, evaluación y adjudicación de esta.

6. Al recibir la querella, y una vez completada, el Procurador del Paciente deberá, enviar copia de dicha querella y toda la documentación necesaria a la organización de seguros de salud o asegurador u organización de servicios de salud implicado, quienes contarán con un término no mayor de cinco (5) horas desde que se les notifique la querella para expresar su posición sobre la misma. El término aquí señalado es de caducidad. Transcurrido este término sin que la Oficina reciba contestación, se entenderá que las alegaciones contenidas en la misma son correctas y aceptadas por la organización de seguros de salud, asegurador u organización de servicios de salud, según sea el caso.
7. El Procurador del Paciente tomará la determinación que corresponda, para evaluar las querellas presentadas al amparo de lo dispuesto en el citado

Artículo 7 inciso (o), a base de las funciones inherentes a su cargo y de facultades conferidas en virtud de la Ley Núm. 77-2013, *supra*. Para ello, tomará en consideración diversos factores, entre los que pueden encontrarse:

- a. Si el servicio solicitado es uno cubierto por el plan, de acuerdo con la cubierta médica del paciente.
 - b. Los factores utilizados por la aseguradora médica para tomar la determinación.
 - c. Si los referidos factores estuvieron basados en la utilización de un proceso uniforme, estandarizado y objetivo para la denegatoria de la autorización de la hospitalización y el tratamiento a ser provisto durante dicha hospitalización. La aseguradora deberá ofrecer información detallada sobre dichos procesos a los hospitales y a los otros proveedores, tales como los médicos.
8. Determinará si los procesos escritos implementados por parte de la aseguradora para evaluar la necesidad médica de la hospitalización, así como el correspondiente tratamiento están basados en el uso apropiado de protocolos clínicos y en guías prácticas que ofrezcan recomendaciones sistemáticas apoyadas en evidencia científica.
 9. Por otro lado, el Procurador del Paciente valorará si la determinación tomó en consideración la necesidad médica del paciente. Además, evaluará si se le ha otorgado la deferencia apropiada al médico primario responsable por el cuidado médico y el tratamiento del paciente.
 10. El Procurador del Paciente evaluará, además, si la persona que tomó la determinación en controversia cuenta con la preparación académica y la experiencia necesaria para tomar la misma, es decir, que cuente con la misma preparación académica del especialista que emitió la recomendación médica. La aseguradora deberá documentar y acreditar ante la Oficina del Procurador del Paciente que el personal que tomó la determinación posee la educación, licencia vigente para ejercer la medicina en Puerto Rico y la experiencia necesaria.
 11. Dentro de las facultades del Procurador del Paciente, juzgará si los procedimientos internos para evaluar el proceso revisor prospectivo, concurrente o apelativo por parte de las aseguradoras, ofrece un procedimiento ágil que permita que el servicio médico llegue a cada paciente de una forma más eficiente. A su vez, determinará si el servicio

médico ofrecido está basado en las necesidades del paciente, así como garantizar que se brinde con celeridad evitando el riesgo a la vida humana.

Lo aquí dispuesto no implica que la Oficina del Procurador del Paciente intervenga en la relación contractual entre la compañía de seguros y el proveedor de servicios. La intervención de la Oficina juzgará, determinará y resolverá si el servicio denegado por la compañía aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud es o vulnera un servicio establecido en la cubierta de la aseguradora para el paciente.

12. Que el proveedor hospitalario, así como el médico o facultativo, que recomienda la hospitalización prospectiva o concurrente, haya recibido una copia del documento o guía en el que estuvo basada la determinación inicial que es objeto de controversia ante la Oficina del Procurador del Paciente.
13. Determinará si el proveedor hospitalario o el médico facultativo cuenta con evidencia médica fehaciente relacionada a la hospitalización del paciente, necesaria para hacer la determinación de si la hospitalización prospectiva o concurrente está basada en la necesidad médica del mismo.
14. De ser necesario, el expediente médico del paciente deberá ser puesto a disposición del Procurador del Paciente, en aras de que este pueda resolver la controversia en cuestión, al amparo de lo dispuesto en la Ley Núm. 77-2013, *supra*.
15. La notificación de determinación adversa objeto de querella debe contener una explicación del porqué de la determinación adversa, el nombre del paciente, el día de servicio, el diagnóstico que da base a la admisión hospitalaria y al tratamiento propuesto, el diagnóstico al momento de someter la querella objeto de controversia, el nombre del médico, la especialidad, el número de licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico y las razones clínicas específicas relacionadas a la denegatoria. Por ejemplo:
 - a. Que no existe evidencia suficiente o información que sostenga o fundamente la necesidad médica.
 - b. El servicio requerido o el nivel de cuidado no guarda relación con los estándares establecidos en la política médica o las guías médicas y no existe una justificación apropiada por parte del médico primario para la divergencia.

- c. El servicio requerido no se apoya en documentación de evaluación o evaluaciones realizadas por el médico.
 - d. El médico o el proveedor hospitalario ha fallado en proveer la información requerida dentro de los tiempos establecidos. Sin embargo, esta falla hay que evaluarla dentro del contexto de la necesidad médica del paciente pues una falla administrativa no debe imputársele al paciente, porque ello es algo que está fuera del control de este.
16. El paciente tendrá derecho a copia de su expediente médico y copia de la determinación que es objeto de revisión por parte de la Oficina de Procurador del Paciente. Dichas copias serán libres de costo para el paciente.
17. La persona mantendrá el derecho a recibir los beneficios mientras se emite la Resolución de la querella, que es objeto de controversia.
18. La 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 entregará al Procurador del Paciente copia fiel del expediente que utilizó para tomar la determinación adversa que es objeto de controversia. Dichas copias serán de libre costo para el paciente. Este expediente debe contener, además, toda la documentación o evidencia demostrativa de que se le notificó al paciente, al médico primario o a la facilidad hospitalaria la intención de denegar el servicio y en qué se fundamenta dicha intención.
19. En la evaluación de la querella el Procurador del Paciente pasará juicio sobre si hubo conducta constitutiva de represalia por parte de la compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud, proveedores de planes de salud, autorizados en Puerto Rico por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, contra la facilidad de salud o el proveedor de servicios de salud al estos ejercer los derechos y prerrogativas concedidos en esta ley, sobre todo lo relacionado a presentar la querella y reclamación en beneficio del paciente por entender que de no proveerle determinados servicios perjudicaría su salud. De determinarse que hubo represalias, el Procurador del Paciente impondrá la responsabilidad correspondiente según dispone la Ley Núm. 77-2013, supra.

20. 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 represalias contra una facilidad de salud o un proveedor de servicios de salud en violación a las prohibiciones expresadas en la 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.
21. Una vez evaluada la querella, la Oficina emitirá una Orden o Resolución por escrito que incluya:
- a. una declaración concisa de las determinaciones de hecho y
 - b. conclusiones en derecho
 - c. las razones de política pública que justifican la decisión de la Oficina para tomar la acción específica.
 - d. advertencia a la parte contra la cual se emite la Orden de que podrá presentar solicitud de reconsideración antes de las veinticuatro (24) horas desde la notificación de la querella y que de no hacer alegación alguna se entenderá como renunciado este derecho.
 - e. la Oficina incluirá en su notificación una advertencia que de ser la parte contra la cual se emite la Orden o Resolución y no cumplir con la misma, esto podrá conllevar la imposición de una multa de hasta cinco mil dólares (\$5,000) por día y por cada violación y, además, podría ser referido al Departamento de Justicia.
22. La Orden o Resolución emitida por la Oficina podrá requerir el cese y desista de cualquier acto u omisión, exigir que se realice o se permita realizar determinada actividad, u ofrecer un servicio de salud concerniente a lo contemplado en el inciso (o) del Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, supra requerir la producción de documentos, información, entre otros remedios, de forma inmediata. La Orden o Resolución podrá ir dirigida hacia 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. **El efecto de la Orden o Resolución emitida por la Oficina del Procurador del Paciente aplicará en todo su rigor a terceros contratados o subcontratados 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, en el ofrecimiento de su servicio o producto.**

23. La Orden o Resolución será efectiva y con vigencia inmediata, una vez sea emitida.
24. La Oficina deberá dar notificación por escrito, a través de aquellos medios que considere más conveniente a las personas que sean requeridas a cumplir con la Orden o Resolución. Se podrá notificar la Orden por medio de facsímil, correo electrónico, correo ordinario o con acuse de recibo o mediante entrega personal.
25. Después de emitida la Orden o Resolución de conformidad con este Reglamento, se procederá a completar o a llevar a cabo cualquier procedimiento en la querella que hubiese sido requerido, si no existiera un peligro inminente a la vida o salud del paciente, salvaguardando así el derecho a un debido proceso de ley de las partes.

Artículo 8: Acceso a 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 a esta Oficina informes trimestrales, por vía electrónica, en los que consignará y sin limitarse, a lo siguiente:

- a. el número total de determinaciones adversas o denegaciones de servicio de salud.
- b. justificación para cualquier determinación adversa, dilación en las autorizaciones o denegaciones de servicios de salud que tengan el efecto de incidir en 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, a tenor con lo dispuesto en los incisos (h) y (o) del Artículo 7 de la Ley 77-2013, supra.

El Procurador del Paciente, mediante comunicado oficial emitirá las instrucciones y el formato en que las compañías de seguros de salud, organizaciones de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud deberán seguir para someter sus respectivos informes sobre determinaciones adversas o denegaciones de servicios de salud. Estos informes trimestrales serán publicados en la página cibernética de la OPP, según consignado en la Ley Núm. 47-2017, supra.

Artículo 9: Acuerdos de Colaboración

Para fines de cumplir con los propósitos establecidos bajo la Ley Núm. 47-2017 y las disposiciones de este Reglamento adoptado a su amparo, la Oficina del Procurador del Paciente podrá establecer, según sea necesario, aquellos acuerdos de colaboración, comunicación y cooperación con el Secretario del Departamento de Salud, el Director de la Administración de Seguros de Salud, el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, así como la Administración de Seguro Social y cualquier otra agencia, dependencia o entidad, de manera que se asegure el que se atiendan las querellas bajo su jurisdicción o canalicen aquellas querellas que sean de la jurisdicción de estas u otras entidades. Ello no significa que el Procurador del Paciente esté delegando las facultades conferidas al amparo del Artículo 7, inciso (o) de la Ley Núm. 77-2013, *supra*.

Artículo 10: Implicaciones legales y sanciones por la Obstrucción de los Procesos o Represalias contra una facilidad de salud o un proveedor de servicios de salud

- a. El Procurador podrá imponer multas administrativas por violación a las disposiciones de la Ley Núm. 77-2013, *supra*, previa notificación y vista, conforme y hasta las cantidades dispuestas en la Ley Núm. 38-2017, *supra*. Por otro lado, toda persona que voluntaria y maliciosamente impidiera y obstruyere el ejercicio de las funciones del Procurador, o del personal de la 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.

Entiéndase por obstrucción el no contestar o hacer caso omiso de los requerimientos de los funcionarios de la Oficina de manera injustificada, obstaculizar o impedir que se lleve a cabo una inspección, reunión o cualquier otra gestión o método de investigación, entre otros.

- b. Así también, 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 la Ley Núm. 77-2013, *supra*, sobre todo lo

relacionado a la presentación de querellas o reclamaciones en beneficio del paciente por entender que no proveerle determinados servicios perjudicaría su salud.

A esos efectos, 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.

PARTE III: DISPOSICIONES FINALES

Artículo 11: Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de este Reglamento fuere declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará o invalidará el resto de este. El efecto de dicha sentencia quedará limitada a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de este que así hubiere sido declarada inconstitucional. Por lo tanto, no afectará la validez y constitucionalidad de las disposiciones restantes de este Reglamento.

Artículo 12: Vigencia

Las disposiciones de este Reglamento entrarán en vigor 30 días después de su presentación en el Departamento de Estado de Puerto Rico, en conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 38-2017, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico".

Artículo 13: Enmiendas

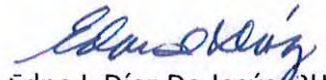
Sección 1. Este Reglamento podrá ser enmendado por la Oficina del Procurador del Paciente, siempre y cuando se notifique la enmienda mediante previo aviso y en cumplimiento con las disposiciones de la Ley Núm. 38-2017, *supra*.

Artículo 14: Cláusula de Salvedad

Sección 1. Cualquier asunto no cubierto por este Reglamento, será resuelto por la Oficina del Procurador de Paciente en conformidad con las leyes, reglamentos y órdenes ejecutivas pertinentes, y en todo aquello que no esté previsto en las mismas, se

regirá, por las normas de una sana administración pública, los principios de equidad y aquellos que se esbozan en la Ley Núm. 194-2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y la Ley Núm. 77 -2013, supra.

En San Juan, Puerto Rico 12 de diciembre de 2018.



Edna I. Díaz De Jesús, BHE, MPA
Procuradora del Paciente