Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL II

JOSÉ A. SERRANO ROBLES, LILLIANA GARCÍA SANTAELLA Apelantes v. TRIPLE-S SALUD, ET AL. Apelada	KLAN201800612	***Apelación*** procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan Caso Núm.: K AC2015-0585 (908) Sobre: Daños por Incumplimiento de Contrato

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas, la Juez Ortiz Flores y el Juez Rodríguez Casillas

Rodríguez Casillas, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 28 de agosto de 2018.

Comparecen los apelantes, José A. Serrano Robles, su esposa, Lillian García Santaella y la sociedad legal de gananciales compuesta por ambos, y solicitan nuestra intervención para que revoquemos la *Sentencia* emitida sumariamente por el Tribunal de Primera Instancia (TPI), Sala de San Juan, el 28 de marzo de 2018.[1] Mediante la misma, el foro apelado declaró ha lugar la *Moción en Solicitud de Sentencia Sumaria* promovida por el apelado, Triple-S Salud (Triple S), y en su consecuencia, desestimó con perjuicio la demanda sobre daños y perjuicios por incumplimiento de contrato que presentaron los apelantes en contra de Triple-S. La oportuna solicitud de reconsideración fue denegada por el TPI mediante *Resolución* de 15 de mayo de 2018.

Por los fundamentos que expondremos a continuación, se

[1] Notificada el 4 de abril de 2018.

confirma la sentencia apelada.

-I-

El 28 de septiembre de 2011, la co-apelante, Lillian García Santaella, suscribió con la aseguradora Triple-S una *Solicitud de Ingreso* para el programa *Medicare Advantage*. La co-apelante seleccionó el Plan Grupal Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO). Meses más tarde, la co-apelante comenzó a sufrir unos fuertes dolores de espalda por lo que luego de realizarse un estudio de resonancia magnética (MRI), acudió a un médico especialista en ortopedia para su correspondiente evaluación. En dicha visita, el médico que la atendió decidió que ésta debía someterse a una cirugía lumbar (fusión intervertebral). Así las cosas, la co-apelante le solicitó a Triple-S una cubierta para la bandeja operatoria de la intervención que se le realizaría. Dicha solicitud se gestionó por conducto del médico de la co-apelante, quien explicó que le realizaría una fusión intervertebral donde se le implantaría un PEEK con injerto de hueso, sujetada con unos tornillos pediculares. A su vez, escribió los códigos para la cirugía. El médico, adjuntó a la solicitud, dos órdenes médicas, un desglose de los costos de la cirugía, una hoja informativa de la co-apelante, copia de la tarjeta del plan médico de ésta y copia de los resultados del MRI.

Tras haber recibido la solicitud de cubierta y sus anejos, Triple-S asignó la misma a uno de sus médicos consultores, quien conforme a la información provista y la guía de políticas de cubierta de *Medicare* para Puerto Rico (Local Coverage Determination o LCD), concluyó denegar la cubierta.

El 15 de febrero de 2012, Triple-S le notificó a la co-apelante un *Aviso de Denegación de Cobertura Médica* mediante el cual se le indicó que la cubierta de la Bandeja TLIF y ALIF le había sido denegada porque no demostró que su pedido era más eficaz que otras medidas conservadoras y que éstos no eran el mejor método

de tratamiento disponible. Finalmente, se le informó a la co-apelante de su derecho a apelar la denegatoria.

Insatisfecha, la co-apelante, por conducto de su médico, apeló oportunamente la determinación de Triple-S. En síntesis, argumentó que la co-apelante había tratado todo tipo de manejo conservador, pero que los mismos no le habían dado resultado. La apelación se acompañó con dos *Notas de Progreso* y con la *Hoja de Historial Médico del Paciente*.

Posteriormente, la apelación le fue asignada a otros médicos consultores de Triple-S, quienes luego de evaluarla, confirmaron la decisión apelada. Asimismo, dicha determinación, fue reevaluada y consultada con otros médicos consultores, quienes reiteraron la decisión de denegar la bandeja. Mediante la *Notificación Adversa de una Apelación Estándar de Pre-Servicio*, Triple-S le notificó a la co-apelante que a tenor con las políticas de *Medicar*e, su solicitud de apelación no había sido favorable *"debido a que no se ha demostrado que es más eficaz que otras medidas conservadoras y los mismos no se considera el mejor método"*. Además, se le indicó a la co-apelante que, a los efectos de proteger sus derechos de apelación, se estaba remitiendo la decisión apelativa a una agencia independiente de revisión contratada por los CMS nombrada Maximus Federal Services, Inc. (Maximus). Finalmente, se le informó que de no estar de acuerdo con la decisión emitida, tenía derecho de presentar una querella al respecto.

Así las cosas, el 6 de marzo de 2012 Maximus le informó a la co-apelante haber recibido la apelación y que estaría evaluándola conforme a las guías de *Medicare* y al contrato de seguro suscrito entre ella y Triple-S. Posteriormente, Maximus le solicitó a Triple-S información adicional con el fin de evaluar la apelación ante sí. Más tarde, Triple-S le solicitó al médico de la co-apelante que le proveyese cierta información que debía ser enviada a Maximus. Dicha

información fue enviada oportunamente.

Tras evaluar la apelación, el 10 de abril de 2012 Maximus le notificó al médico de la co-apelante que confirmaba la determinación del Triple-S. Indicó, que luego de revisar minuciosamente la documentación ante sí, las guías y reglas de *Medicare* y el contrato de seguro médico otorgado entre las partes, concluyó que Triple-S no tenía que autorizar la fusión lumbar solicitada (*traducción nuestra*).[2] Finalmente, Maximus le indicó a la co-apelante que a partir de la fecha de dicha notificación, tenía sesenta (60) días para solicitar una vista administrativa.[3]

Sin embargo, la co-apelante nunca solicitó la mencionada vista, a pesar de haber sido informada al respecto por Maximus. Así, y luego de varios años, el 24 de junio de 2015, los apelantes acudieron al TPI y presentaron una demanda sobre daños y perjuicios por incumplimiento de contrato en contra de Triple-S. En la misma, reclamaron una indemnización $100,000 por los alegados daños y perjuicios contractuales que les causó Triple-S al denegarle a la co-apelante la bandeja quirúrgica.

Por su parte, Triple- S presentó su *Contestación a la Demanda* en la que negó haber incumplido con sus obligaciones contractuales. Enfatizó, haber evaluado la solicitud de cubierta de la co-apelante conforme a sus guías y políticas y a las del programa federal *Medicare* (LCD) para la aprobación o denegación de cubierta

---

[2] En lo pertinente, Maximus concluyó lo siguiente: *"[w]e agree with Triple S. We decided that Triple S does not have to authorize lumbar fusion."* A su vez, se refirió a las normas aplicables a *medicare* y explicó que *"[t]he rules say that services that are not medically necessary are no covered"*. Añadió lo siguiente: *"Our Maximus Federal Services Doctor Consultant looked at the file for this case. This doctor says that the requested lumbar fusion is not medically necessary. Our doctor noted that there is no evidence of instability, fracture or tumor. Our doctor stated that lumbar fusion is not medically necessary at this time"*.

[3] La notificación disponía lo siguiente:

> *"To ask for an ALJ Hearing, fill out the "ALH Hearing Request" form with this letter and send it to us. You must send the ALJ Hearing request to us within 60 days of the date of this letter. Please read the brochure called, "Medicare Appeals and Your Rights" to learn more about Medicare appeals and your appeal rights".*

médica a los asegurados.

Tras varios trámites procesales, el 26 de junio de 2017 Triple-S presentó una *Moción en Solicitud de Sentencia Sumaria* mediante la cual solicitó la desestimación con perjuicio de la demanda en su contra. En esencia, manifestó que la reclamación de los apelantes era improcedente y frívola, ya que la prueba documental sometida en el caso demostró que el proceso de evaluación de la solicitud de cubierta de la co-apelante se realizó conforme a las guías establecidas por los *Centers for Medical and Medicaid Services* (CMS).[4] Indicó, que denegó la solicitud de cubierta, luego de que dos de sus médicos consultores determinaran que la cirugía por la cual la co-apelante reclamaba cubierta no era médicamente necesaria. Resaltó, que la denegatoria fue confirmada por un ente examinador externo contratado por los CMS encargado de las apelaciones de las determinaciones de cubierta de compañías aseguradoras que operan planes de seguro médico bajo el programa federal de *Medicare* y *Medicare Advantage*. Para sustentar sus alegaciones, Triple-S presentó en conjunto con su solicitud, extensa prueba documental, además de incluir declaraciones juradas y transcripciones de deposiciones tomadas.

Así las cosas, el TPI ordenó a los apelantes a oponerse a la solicitud de sentencia sumaria de Triple-S.[5] En cumplimiento con lo ordenado, los apelantes presentaron su *Oposición a Moción de Sentencia Sumaria*. En síntesis, plantearon que la denegación de cubierta fue ilegal y en violación del contrato suscrito entre ellos. La oposición presentada se acompañó con la deposición tomada a uno de los médicos consultores de Triple-S, la deposición de la co-

---

[4] El CMS es la agencia federal que supervisa y regula los ofrecimientos de salud bajo el plan del gobierno federal. Ésta, se encarga de establecer qué tratamientos, medicamentos y servicios de salud están cubiertos por el plan de salud federal. A esos fines, la CMS prepara unas guías que deberán seguir las empresas privadas para establecer las cubiertas de sus planes de salud.

[5] Notificada el 5 de julio de 2017.

apelante y parte de la prueba documental ofrecida por Triple-S en su solicitud de sentencia sumaria. Argumentaron, que no procedía la desestimación de su demanda porque el contrato que suscrito con Triple-S era de adhesión, el cual, conforme a la jurisprudencia aplicable, de contener una cláusula ambigua u obscura, debía interpretarse liberalmente en contra de la parte que lo redactó. Finalmente, enfatizaron en que la denegatoria de la cubierta médica carecía de justificación.

El 14 de noviembre de 2017 Triple-S presentó una *Urgente Réplica a "Oposición a Moción de Sentencia Sumaria" presentada el 24 de octubre de 2017.* Mediante la misma, solicitó que la oposición presentada por los apelantes se diera por no puesta por no haberse cumplido con las normas establecidas en la Regla 36.3(b) y (c) de Procedimiento Civil ni con su jurisprudencia interpretativa.[6] Señaló, que los apelantes presentaron una oposición a sentencia sumaria que no contradijo los hechos incontrovertibles. Citando la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo, Triple-S argumentó su contención en que *"si la parte opositora [a una solicitud de sentencia sumaria] no presenta una oposición detallada, el juzgador de los hechos no está obligado a tomar en cuenta aquellas partes de las declaraciones juradas o de cualquier otra evidencia admisible que no esté particularmente citada por la parte en su escrito."*

Con el beneficio de los escritos sometidos por las partes, el TPI ordenó la celebración de una vista para que las partes argumentaran sus respectivas mociones y expusieran las razones por las cuales el caso debía ser desestimado o, por el contrario, debía celebrarse un juicio en su fondo. A la vista, comparecieron todas las partes con sus respectivas representaciones legales. Escuchados los argumentos planteados y luego de examinar minuciosamente los

---

[6] 32 LPRA Ap. V, R. 36.

escritos de las partes, así como la prueba documental que acompañaban los mismos, el 28 de marzo de 2018, el TPI declaró ha lugar la moción de sentencia sumaria que presentó Triple-S.[7] Al así disponer, el TPI desestimó con perjuicio la demanda presentada en contra de Triple-S. Dicho foro, concluyó que según el contrato suscrito entre Triple-S y la co-apelante y conforme a las políticas establecidas por los CMS, la primera no estaba obligada a autorizar el servicio médico que le solicitó la segunda. Por ello, el TPI determinó que Triple-S cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales con la co-apelante, cuando llevó a cabo el proceso de evaluación de la solicitud de cubierta.

En desacuerdo, los apelantes presentaron una *Reconsideración*, a la que se opuso Triple-S, la que fue denegada por el TPI mediante *Resolución* emitida el 15 de mayo de 2018.

Inconforme, los apelantes acudieron ante este Tribunal mediante un recurso de apelación alegando que el TPI erró al:

> Aplicar rigurosamente lo dispuesto en el documento titulado Óptimo Plus, de [sic] en adelante denominado PPO, y el documento denominado Evidencia de Cubierta que requieren se siga un procedimiento apelativo de la determinación tomada en Estados Unidos por la empresa Maximus aun cuando se había presentado evidencia no controvertida de que la señora García Santaella se encontraba en una situación de fuertes dolores que le impedía inclusive el sueño, y que la razón de no acudir al procedimiento apelativo se debió [sic] en la dilación que se iba a producir con motivo de entender que resolverse su apelación por un juez administrativo.
>
> Adoptar y validar el argumento en que descansó la parte demandada para denegar cubierta a los efectos de que habían otro [sic] procedimientos que fuesen más eficaz que otras medidas más conservatorios [sic] y lo mismo no se considera el mejor método de tratamiento disponible aun cuando tenía a su disposición su récord se le habían notificado dos comunicaciones del Dr. Fernando L. Villamil una del 23 de febrero de 2012 y otra de 26 de marzo de 2012 en donde expresa [sic] forma clara que la paciente había tratado todo tipo de manejo conservador y no lo [sic] había dado resultado y que no responde a los tratamientos conservadores.

---

[7] Notificada el 4 de abril de 2018.

Por su parte, Triple-S presentó un *Alegato en Oposición a Recurso de Apelación*.

Contando con ambos escritos de las partes, veamos la procedencia del recurso presentado.

-II-

A. Interpretación de los contratos de seguros

En nuestra jurisdicción, la industria del seguro está revestida de un alto interés público, debido a su importancia y al papel vital que juega para efectos de nuestra economía y sociedad. Por tal razón, el negocio de las compañías aseguradoras ha sido ampliamente reglamentado por el Estado, mediante la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el Código de Seguros de Puerto Rico.[8] Un contrato de seguro es un acuerdo, *"mediante el cual una persona se obliga a indemnizar a otra o a pagarle o a proveerle un beneficio específico o determinable al producirse un suceso incierto previsto en el mismo"*.[9] Este pacto se configura en un documento escrito conocido como póliza, en el cual se plasman los términos que rigen el contrato de seguro.[10] Particularmente, en este tipo de acuerdo, el asegurador asume unos riesgos a cambio de una prima y, así, se compromete a proteger económicamente al suscriptor en caso de que ocurra el evento incierto previsto en el contrato.[11] Cónsono con la normativa general de todo contrato, los términos, cláusulas y condiciones pactadas constituyen la ley entre las partes.[12]

Ahora bien, al momento de surgir controversias respecto a los términos que componen el acuerdo, el propio Código de Seguros establece la directriz por la cual debemos regirnos para ejercer

---

[8] 26 LPRA sec. 101 *et seq.*; *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, 185 DPR 880, 896-897 (2012).
[9] 26 LPRA sec. 102; *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, 176 DPR 372, 384 (2009).
[10] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 897.
[11] *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, supra, pág. 384.
[12] *Id.*

prudentemente nuestra función interpretativa de las cláusulas contenidas en una póliza de seguro.[13] Este, dispone lo siguiente: *"[t]odo contrato de seguro deberá interpretarse globalmente, a base del conjunto total de sus términos y condiciones, según se expresen en la póliza y según se hayan ampliado, extendido, o modificado […]".*[14] Aclaramos que, para efectos de los contratos de seguros, los principios generales atinentes a la teoría contractual se utilizarán únicamente como recurso supletorio.[15]

Cabe señalar que nuestro Tribunal Supremo ha resuelto que el contrato de seguro es uno de adhesión, mediante el cual una sola de las partes dicta las condiciones del contrato, y el otro simplemente se limita a aceptarlas.[16] Así pues, como un contrato de adhesión, las disposiciones de este deben ser interpretadas liberalmente a favor del asegurado.[17] Ello, corresponde al hecho de que los términos de este contrato, en particular, no son parte de una negociación, sino que están previamente establecidos por el asegurador, quien *"tiene la obligación de hacer clara su intención; en otras palabras, viene obligado a establecer en la póliza, de manera diáfana, los riesgos por los que viene obligado a responder"*.[18]

Ante estas circunstancias, los tribunales tienen el deber de examinar los términos consignados en el acuerdo, y considerar las palabras contenidas en la póliza *"en su más corriente y usual significación, sin atender demasiado al rigor de las reglas gramaticales, sino al uso general y popular de las voces".*[19] Como parte de la función interpretativa de los tribunales, estos deben considerar el sentido y significado que una persona de inteligencia

---

[13] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 897.
[14] 26 LPRA sec. 1125.
[15] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 898.
[16] *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, supra, pág. 386.
[17] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, págs. 898-899.
[18] *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, supra, pág. 386.
[19] Art. 15 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA sec. 15; *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 898.

promedio le daría a las cláusulas contenidas en la póliza.[20] De otra parte, cuando las cláusulas en cuestión sean claras y específicas, y no den margen a ambigüedades o a diferentes interpretaciones, se hará valer la clara voluntad de los contratantes para así no vulnerar el fin de lo pactado.[21]

Cabe añadir que, como parte del análisis global con el que se tienen que interpretar los contratos de seguro, hay que considerar si en lo acordado figura alguna cláusula de exclusión. Ello es así, pues de existir alguna cláusula de exclusión, el asegurador no responderá por los eventos, riesgos o peligros enmarcados en ella.[22] Estas tienen la función de limitar la cubierta provista por la aseguradora, con el objetivo de establecer ciertos eventos, riesgos o peligros por los cuales no responderá.[23] Las cláusulas de exclusión permiten establecer los parámetros de cubierta en una póliza, limitando así las cubiertas que a grandes rasgos describe la cláusula del convenio de seguro o acuerdos principales. En otras palabras, mientras la cláusula del convenio de seguro define las cubiertas en términos generales, las cláusulas de exclusión, por otro lado, limitan estas cubiertas excluyendo a, por ejemplo, a alguna persona, pérdidas, peligros, propiedades, clases de responsabilidades, lugares, o ciertos días o períodos de tiempo.[24] En fin, para que no queden cubiertos ciertos aspectos dentro de una póliza, los mismos deben ser excluidos explícitamente por lo que *"los riesgos que no se excluyen formalmente quedan incluidos como parte de la garantía del seguro."*[25]

En virtud de que el propósito principal de los contratos de seguros es ofrecer la mayor protección a la persona asegurada, estas

---

[20] *S.L.G. Francis-Acevedo v. SIMED*, supra, pág. 388.
[21] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 899.
[22] *Echandi v. Stewart Title Guaranty Co.*, 174 DPR 355, 370 (2008).
[23] *Íd.*
[24] R. Cruz, *Derechos de Seguros*, San Juan, Publicaciones JTS, 1999, pág. 167.
[25] *Meléndez Piñero v. Levitt & Sons of PR, supra,* pág. 536,

cláusulas de exclusión se interpretarán restrictivamente para así favorecer al suscriptor ante cualquier ambigüedad existente.[26] Sin embargo, la aseguradora estará libre de responsabilidad por aquellos riesgos expresamente excluidos, si las cláusulas de exclusión son claras y aplican a determinada situación.[27]

De otra parte y en lo pertinente al presente caso, en el momento que la co-apelante suscribió la *Solicitud de Ingreso*, ésta seleccionó el Plan Grupal Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO). Dicha cubierta está regulada por el *Programa Medicare* y está sujeta a las políticas establecidas por los *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS).[28] A su vez, la mencionada *Solicitud de Ingreso* le requería al solicitante lo siguiente:

> Favor de Leer y Firmar Abajo
> Al llenar esta solicitud de suscripción, acuerdo lo siguiente:
> *Triple-S Medicare Óptimo,* ***Óptimo Plus****, Óptimo Premier, Óptimo Select y Selecto Platino son planes Medicare Advantage y tienen un contrato con el Gobierno Federal. Necesito mantener mis Partes A y B de Medicare.*

Más adelante, se establecía que:

> *De ser medicamente necesario, Triple S Medicare Óptimo y Óptimo Pus, proveen reembolso para servicios cubiertos, aún hayan sido recibidos fuera de la red. Servicios autorizados por Triple S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select y Selecto Platino y otros servicios descritos en mi Evidencia de Cubierta de Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select y Selecto Platino (también conocido como el contrato o acuerdo de suscripción) pueden estar cubiertos. Sin autorización,* ***NI MEDICARE, NI TRIPLE S MEDICARE ÓPTIMO, ÓPTIMO PLUS, ÓPTIMO PREMIER, ÓPTIMO SELECT O SELECTO PLATINO PAGARÁ POR LOS SERVICIOS****.*

Como documento complementario a la *Solicitud de Ingreso*, a la co-apelante le fue entregado el *Libro de Evidencia de Cubierta del Plan Óptimo Plus* (Libro de Cubierta). En el mismo, se detalla la cubierta así como los beneficios, tratamientos, médicos,

---

[26] *Íd.*
[27] *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, págs. 899-900.
[28] Título XVIII-Health Insurance for the Aged and Disabled del Social Security Act; 42 USC sec. 1395.

medicamentos y demás servicios bajo el plan PPO. Por su parte, la Sección 2.1 del Capítulo 4 del Libro de Evidencia, establece que:

> *Los servicios de cubierta Medicare tienen que ser provistos de acuerdo con las guías de cubierta establecidas por Medicare.*
>
> *Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suplidos y equipo) tienen que ser médicamente necesarios. "Medicamente necesario" significa que los servicios, suplidos o medicamentos son utilizados para propósitos de prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica, y reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.*
>
> *[C]omo todos los planes de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que Medicare original cubre.*

Mientras, el Capítulo 9 del Libro de Evidencia también establece cuál es el proceso que sigue Triple-S para evaluar y autorizar los procedimientos médicos cubiertos. Dicho capítulo, comienza disponiendo que el proceso para las decisiones de cubierta y someter apelaciones tiene que ver con los problemas relacionados a sus beneficios y cubierta de servicios médicos y medicamentos recetados, incluyendo, problemas relacionados a lo que está o no cubierto y la manera en que ese servicio solicitado está cubierto.

B. Presunción de corrección de las sentencias de los foros judiciales.

Al revisar una determinación de un foro de menor jerarquía, los tribunales tenemos la tarea principal de auscultar si se aplicó correctamente el derecho a los hechos particulares del caso.[29] Como regla general, los foros apelativos no tenemos facultad para sustituir las determinaciones del tribunal de instancia con nuestras propias apreciaciones.[30] De manera, que si la actuación del tribunal no está desprovista de base razonable ni perjudica los derechos sustanciales de una parte, debe prevalecer el criterio del juez de instancia a quien corresponde la dirección del proceso.[31]

Sin embargo, la norma de deferencia antes esbozada

---

[29] *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770 (2013).
[30] *Id.*, pág. 771; *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 DPR 717, 741 (2007).
[31] *SLG Zapata-Rivera v. J.F. Montalvo*, *supra*, págs. 434-435; *Sierra v. Tribunal Superior*, 81 DPR 554, 572 (1959).

encuentra su excepción y cede, cuando la parte promovente demuestra que:

> *hubo un craso abuso de discreción o que el tribunal actuó con prejuicio y parcialidad, o que se equivocó en la interpretación o aplicación de cualquier norma procesal o de derecho sustantivo, y que nuestra intervención en esa etapa evitará un perjuicio sustancial.*[32]

Por *"discreción"* se entiende el *"tener poder para decidir en una forma u otra, esto es, para escoger entre uno o varios cursos de acción"*.[33] No obstante, "*el adecuado ejercicio de la discreción está inexorable e indefectiblemente atado al concepto de la razonabilidad"*.[34] A esos efectos, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha enumerado situaciones que constituyen un abuso de discreción:

> *[c]uando el juez, en la decisión que emite, no toma en cuenta e ignora, sin fundamento para ello, un hecho material importante que no podía ser pasado por alto; cuando por el contrario el juez, sin justificación y fundamento alguno para ello, le concede gran peso y valor a un hecho irrelevante e inmaterial y basa su decisión exclusivamente en el mismo; o cuando, no obstante considerar y tomar en cuenta todos los hechos materiales e importantes y descartar los irrelevantes, el juez livianamente sopesa y calibra los mismos.*[35]

Esta normativa aplica igualmente a casos resueltos al amparo de la Regla 36 de Procedimiento Civil, *supra*, toda vez que el principio rector que habrá de guiar a los foros primarios al resolver la procedencia de una solicitud de sentencia sumaria es el sabio discernimiento, por ser dicho mecanismo un remedio discrecional.[36] De lo contrario, se podría despojar a un litigante de su día en corte, en violación a su derecho constitucional a un debido proceso de ley.[37]

-III-

En síntesis, los apelantes alegan que el TPI erró al desestimar la demanda por ellos presentada, aplicando lo dispuesto en el

---

[32] *Trans-Oceanic Life Ins. v. Oracle Corp.*, 184 DPR 689, 709 (2012).
[33] *García v. Asociación*, 165 DPR 311, 321 (2005).
[34] *Ibid.*
[35] *Ramírez v. Policía de P.R.*, 158 DPR 320, 340-341 (2002).
[36] *Mun. de Añasco v. ASES et al.*, 188 DPR 307, 327-328 (2013); *Jusino et als. v. Walgreens*, *supra*, pág. 578.
[37] *Ibid.*

documento PPO y en el denominado *Evidencia de Cubierta*, a pesar de haber presentado evidencia que justificaba no continuar con el procedimiento apelativo. Además, aducen que el TPI incidió al denegar la cubierta médica que solicitaron, conforme le planteó Triple-S alegando existir otros procedimientos más eficaces que el solicitado y que éste no era el mejor método de tratamiento.

A tenor con lo expuesto, en el presente caso la co-apelante contrató con Triple-S a los efectos de afiliarse a una cubierta dentro del Plan Triple-S Medicare Óptimo Plus, el cual era operado dentro del programa *Medicare*. En el mencionado contrato, denominado *Solicitud de Ingreso*, se establecieron las cláusulas y condiciones a las cuales las partes contratantes se obligarían a cumplir. Según surge del tracto fáctico de este caso, los planes bajo el programa *Medicare* exigen el cumplimiento de una serie de procedimientos internos de evaluación y aprobación de los servicios de las distintas cubiertas. Dichos procedimientos, así como el de apelación, son regulados por los CMS y por las guías de *Medicare*. Ambas entidades, establecen que tales procedimientos no son opcionales. Pudimos ver que, en este caso, la co-apelante optó por no continuar con el proceso apelativo establecido por los CMS y por la *Evidencia de Cubierta* del PPO, a pesar de haber sido debidamente informada al respecto. Adujo como justificación los fuertes dolores de espalda. Sin embargo, el haber abandonado el proceso apelativo sin justificación legal alguna, causó que la decisión de Maximus, confirmando la denegatoria de su cubierta, adviniera final, firme e inapelable. En vista de ello, Triple-S demostró haber llevado a cabo correctamente el procedimiento para las solicitudes de cubierta médica. En fin, Triple-S demostró que cumplió con las cláusulas contractuales a las que se obligó.

De otra parte, la co-apelante no pudo demostrar que su solicitud para la bandeja quirúrgica fuese medicamente necesaria.

Al respecto, es preciso recordar que el médico de la co-apelante decidió que ésta debía someterse a una cirugía lumbar, por lo que procedió a solicitar una cubierta médica para la bandeja operatoria. En dicha solicitud, el médico informó el procedimiento quirúrgico que haría y acompañó la misma con unas órdenes médicas; un desglose de los costos de la cirugía, una hoja informativa de la co-apelante, copia de la tarjeta del plan médico de ésta y copia de los resultados del MRI. No obstante, en la solicitud no se especificaron las razones por las cuales dicho procedimiento estaba indicado o que el mismo fuese médicamente necesario para la co-apelante.

La referida solicitud fue evaluada por varios médicos consultores, quienes luego de examinar la información provista y la guía de políticas de cubierta de *Medicare*, determinaron que no procedía. Por ello, Triple-S le notificó a la co-apelante que la cubierta de la Bandeja TLIF y ALIF le había sido denegada. Posteriormente, la correspondiente apelación fue evaluada por otros tres médicos, quienes, a su vez, confirmaron la denegatoria de la solicitud de cubierta. Finalmente, según el procedimiento proscrito por *Medicare* para las apelaciones, ésta, de manera automática, fue referida a Maximus, organismo independiente de revisión seleccionada por *Medicare* para esos efectos. Culminada la evaluación de la apelación, Maximus confirmó la determinación de Triple-S de denegar la cubierta de bandeja quirúrgica por entender que, en virtud de las normas aplicables a *Medicare,* expuestas en el documento denominado *Evidencia de Cubierta*, ésta no era médicamente necesaria.

En resumen, la solicitud de la co-apelante fue evaluada en tres ocasiones diferentes por médicos consultores distintos, quienes luego de evaluar la misma conforme a las guías de políticas de cubierta de *Medicare* y a la Evidencia de Cubierta del PPO, denegaron la cubierta médica solicitada. Más aún, la eventual

apelación fue evaluada por una organización independiente de revisión contratada por los CMS para esos efectos, a saber, Maximus, la que a su vez, confirmó las denegatorias. En fin, según las normas y guías establecidas por *Medicare* y los CMS, el procedimiento médico solicitado por la co-apelante no era médicamente necesario, por lo que Triple-S no estaba obligada a autorizar la cubierta médica solicitada.

Cabe indicar, que en el voto disidente se trae a la atención de esta mayoría lo extenso y burocrático del proceso apelativo; sin embargo, ello es campo de la Asamblea Legislativa y las agencias administrativas que regulan la salud en Puerto Rico. Por lo tanto, a este foro judicial no le compete esa función constitucional.

Así pues, no encontramos razón alguna que nos lleve a ejercer nuestra función revisora en este caso, toda vez que el proceder del TPI no es contrario a derecho, ni evidencia abuso de discreción, error, prejuicio o parcialidad de su parte.

IV

Por los fundamentos expuestos, se confirma la sentencia apelada.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

El Juez González Vargas disiente con opinión escrita.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL II

JOSÉ A. SERRANO ROBLES, LILLIANA GARCÍA SANTAELLA Apelantes v. TRIPLE-S SALUD, ET AL. Apelada	KLAN201800612	***Apelación*** procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan Caso Núm.: K AC2015-0585 (908) Sobre: Daños por Incumplimiento de Contrato

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas, la Juez Ortiz Flores y el Juez Rodríguez Casillas.

OPINIÓN DISIDENTE JUEZ TROADIO GONZÁLEZ VARGAS

En San Juan, Puerto Rico, a 28 de agosto de 2018.

Disiento respetuosamente de la decisión confirmatoria emitida por la mayoría de este panel en el presente caso. Es el parecer de este Juez que el Tribunal de Primera Instancia aplicó con excesivo rigor las disposiciones contractuales que regía la relación entre Triple S y la paciente, Liliana García, en lo referente a los remedios revisores o apelativos disponibles en caso de la denegatoria de una cubierta. A nuestro entender, se trata de un procedimiento irrazonablemente extenso, con varias etapas apelativas en distintas instancias, que hacían de ese proceso uno inapropiado para atender situaciones urgentes o de riesgo, como la cirugía a la que debía someterse la paciente por orden de un médico cualificado, sub-especialista en la materia bajo tratamiento.

Los asuntos médicos no deben estar sujetos a procesos prolongados y altamente técnicos o complejos, como los que se contemplan en este tipo de contratación, puesto que de ordinario se trata de asuntos delicados o sensitivos, que pueden exponer al paciente a graves consecuencias en su estado de salud, e incluso, poner en riesgo su propia vida. Tal es la consecuencia cuando el paciente se tiene que ver

forzado a agotar interminables o sucesivas etapas revisoras en defensa de su reclamo sobre la cubierta del tratamiento en controversia. Ese tipo de diseño revisor provoca la sospecha de que el mismo responde al interés de la aseguradora de complicar y alargar el proceso de tal forma que disuada al paciente de agotarlos, con la consecuencia de que, no solo pierda su derecho a la cubierta, sino además a cualquier reclamo de los daños que tal denegatoria le haya causado, como ha ocurrido en esta reclamación.

Por lo anterior, se trata de un asunto que debe en su momento ser objeto de reglamentación administrativa o legislativa, clara y precisa, de manera que se salvaguarden los derechos del paciente frente a los intereses económicos de las aseguradoras, que podrían ver en ese diseño una eficaz manera de evadir su responsabilidad contractual principal, que es la de proveer la debida cubierta a sus asociados, sin tener que enfrentar las consecuencias legales que esa acción esencialmente injusta e ilícita merecería. Precisamente, en el caso de autos se recordará que, luego de la paciente haber agotado varias etapas revisoras de la decisión original de la aseguradora, ante la urgencia de la cirugía, reiteradamente recomendada por el sub-especialista, Doctor Fernando L. Villamil, y el tiempo transcurrido, ésta se vio en la necesidad de descontinuar esa interminable ruta de sucesivas apelaciones y optar por acogerse a otro plan de salud. Ello, a fin de realizarse a la brevedad posible la cirugía en cuestión, luego de valioso tiempo de atraso en esa importante gestión.

Dada la naturaleza de asuntos como éste, que pueden comprometer la salud y hasta la vida de un paciente y por tratarse además de un contrato de adhesión, redactado por la aseguradora en términos rebuscados y con abundantes cláusulas y disposiciones que muy pocos pacientes pueden entender y leer, debe tenerse por no puestas las referidas cláusulas. A ello se añade la fuerte política pública y todo el ordenamiento relativo al tema de la salud en Puerto Rico, incluyendo la reglamentación en protección de los derechos de los pacientes, dirigida, entre otras cosas, a remediar la desigual posición en la que de ordinario este se encuentra frente a las

poderosas aseguradoras de los planes de salud. Clausulas como las aquí violadas contravienen la referida política pública y, por consiguiente, la moral y el orden público, por lo que merecían ser anuladas.

Los Tribunales tenemos la indelegable e ineludible responsabilidad de dispensar en los casos ante nuestra consideración la más cumplida justicia. Ello no se logra mientras avalemos los excesos y abusos de la parte más poderosa en este tipo de contratación, protegida por el manto aparente de la legalidad contractual, pero la que en su esencia esconden esos excesos y el incumplimiento de las principales obligaciones contraídas en la cubierta pagada diligentemente por el paciente, muchas veces sacrificadamente. Por los fundamentos antes expuestos se revocaría la sentencia dictada, de manera que se le dé paso al reclamo de la parte demandante.

Troadio González Vargas
Juez de Apelaciones