

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL III

COMISIONADO DE
SEGUROS DE PUERTO
RICO

RECURRIDA

v.

TRIPLE-S SALUD, INC.
TRIPLE-S ADVANTAGE,
INC.

RECURRENTE

KLRA202300317
consolidado con
KLRA202300362

Revisión
administrativa
procedente de la
Oficina del
Comisionado de
Seguros de Puerto
Rico

Caso Núm.
I-25906-2022

Sobre:
VIOLACIÓN ART.
2.130(1) Y ART. 6
DE LA REGLA I-A
DEL CÓDIGO DE
SEGUROS DE PR

Panel integrado por su presidente, el Juez Figueroa Cabán, la Jueza Grana Martínez y el Juez Rodríguez Flores.

Grana Martínez, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 2 de noviembre de 2023.

La corporación Triple-S Advantage, Inc., en adelante TSA o recurrente, comparece ante este tribunal mediante recurso de revisión administrativa. En el mismo nos solicita la revocación de varias resoluciones emitidas por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS) que tuvieron el efecto de imponer ciertas sanciones en su contra. El 26 de junio del año en curso, TSA presentó el recurso de revisión administrativa identificado como KLRA202300317. Posteriormente presentó otro recurso de revisión administrativa identificado como KLRA202300362. A petición de OCS, y por ambos recursos comprender cuestiones comunes de derecho, el 16 de agosto de 2023 ordenamos la consolidación de estos y concedimos un término para la presentación del alegato en oposición. OCS ha presentado la oposición al recurso, por lo que estamos en posición de resolver el mismo.

I.

Los antecedentes procesales pertinentes para comprender nuestra determinación son los siguientes. En relación con el KLRA202300317, y según surge del apéndice del recurso ante nuestra consideración, el 2 de noviembre de 2022, el Centro Médico del Turabo Inc. (CMT), presentó al Comisionado de Seguros una comunicación solicitando la investigación de lo que CMT catalogó como Prácticas del Foro Apelativo de Triple-S. Alegó, en su comunicación, que solicitaba a OCS intervenir “para ordenar que se corrijan ciertas prácticas que vician los procesos del Foro Apelativo Administrativo de las líneas de negocio bajo la insignia “Triple-S”—Triple-S Salud, Inc., Triple-S Vital y Triple-S Medicare Advantage (en conjunto, “Triple-S”). Estos vicios tienen el efecto de dilatar irrazonablemente la resolución de las reclamaciones del proveedor y de imponer trabas al cobro de las reclamaciones por servicios ya ofrecidos a los beneficiarios de Triple-S, transfiriendo el riesgo de la aseguradora a los proveedores de manera irrazonable y deliberada.”¹ Se solicitaba a la OCS, no que se ordenara el pago, asunto que ya estaba ante la consideración del foro judicial, sino que se implantara un remedio prospectivo para que Triple-S adoptara procesos que fuesen justos, correctos, razonables y oportunos. Entre las alegaciones, CMT abundó que ciertas reclamaciones se rechazaban por el Foro Apelativo Administrativo sin incluir análisis o fundamento que sustentara la decisión emitida, que la alegada independencia del Foro Apelativo de Triple-S y su desconocimiento de la composición de sus integrantes no se podía utilizar para mantenerlo al margen de la fiscalización y sostener prácticas negligentes y abusivas. Particularizaron violaciones al Art. 30.050

¹ Véase anejo III (1), pág. 48 del apéndice.

del Código de Seguros y el Art. 12 de la Regla 73.² Reclamaron su derecho a una notificación de las reclamaciones de pago ante el asegurador, eficaz, clara, oportuna y definitiva.

En atención a esta petición, el 19 de enero de 2023, la División de Investigaciones envió un Requerimiento de Información (Solicitud de Investigación Núm. 1-25906-2022 Triple S Advantage) a Triple-S. OCS sustentó su proceder en el poder de investigación conferido al Comisionado de Seguros por el Art. 2.030(12) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 235(12)³, y con el propósito de continuar con la investigación de los asuntos traídos a su atención por CMT. De esta manera concedieron a Triple-S cinco (5) días para someter cierta información que detallaron, relacionada a su producto Advantage, excluyendo las reclamaciones correspondientes al plan Medicare Platino. Específicamente compelieron la entrega de un informe de las reclamaciones relacionadas a la “Determinación del Primer Foro Apelativo Administrativo-Apelación recibida el 4-13-2022 y 4-18-2022”, notificada al solicitante mediante carta fechada el 10 de junio de 2022, núm. NM-FAA-2022-06-005, que incluyera número de reclamación; fecha cuando la persona objeto del Requerimiento recibió la reclamación por primera vez; fecha cuando la persona objeto del Requerimiento denegó la reclamación por primera vez y la razón de la denegación de la misma; fecha cuando el Solicitante contestó a dicha denegación; fecha cuando el Solicitante presentó la querrela ante el Comité de Querellas de Pago Puntual de la Persona

² Reglamento Núm. 8197 de 11 de mayo de 2012.

³ Artículo 2.030. — Poderes y Facultades del Comisionado. (26 LPRA § 235)
... (12) El Comisionado podrá llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código, su Reglamento y las órdenes que ha emitido, y para obtener toda la información útil a la administración de éstas. Para ello utilizará aquellos mecanismos que estime necesarios. La investigación o examen podrá extenderse a cualquier persona o entidad que tenga o haya tenido negocios de seguros y a aquellas entidades comerciales o empresas que tengan relación comercial con éstas. El alcance de la investigación o examen podrá extenderse fuera de la jurisdicción de Puerto Rico. ...

Objeto del Requerimiento; fecha cuando el Solicitante presentó la apelación al Foro Apelativo Administrativo; copia de las cartas del Foro Apelativo Administrativo en contestación a la(s) apelación(es) presentada(s) por el Solicitante, relacionadas con dicha carta fechada el 10 de junio de 2022; cuáles son los criterios y/o razones y/o determinaciones iniciales y/o disputas por las cuales el proveedor debe presentar su apelación sobre las reclamaciones ante dicho Foro; los nombres y posiciones de las personas que componen dicho Foro; y si alguno de ellos son parte del Comité de Querellas de Pago Puntual para el año 2021 y 2022. Advirtieron a Triple-S que, dejar de cumplir con el requerimiento en el término concedido, se consideraría obstrucción al poder investigativo de OCS y podía conllevar la imposición de sanciones.⁴

Dentro del término concedido, Triple-S compareció mediante “Comparecencia Especial Solicitando que se Deje sin Efecto el Requerimiento de Información Cursado, y Desestime el Proceso de Epígrafe”.⁵ En este, Triple-S solicitó la desestimación de la solicitud de investigación por falta de jurisdicción. Expuso que la ley federal de Medicare Advantage (“Medicare Act”) reglamenta de forma amplia y abarcadora las relaciones entre los planes Medicare Advantage (“MA”) y sus proveedores. Puntualizó que el estatuto federal ocupa el campo y que el poder ejecutivo no podía requerir a ninguna organización de MA contratar con un hospital particular, médico u otra entidad para proveer servicios bajo MA o requerir una estructura de pago específica como parte del contrato de servicios. Específicamente puntualizó que el Congreso de Estados Unidos estableció expresamente la primacía de su normativa sobre la estatal, excepto en materia de licenciamiento o solvencia. Para

⁴ Véase págs. 55 a 57 del apéndice.

⁵ Véase págs. 58 a 57 del apéndice.

Triple-S la legislación federal regulaba y ocupaba el campo, en el área de las tarifas y estructuras de pago relacionadas con planes MA. Arguyeron que el Medicare Act solo permitía a los estados y territorios regular temas relacionados con licenciamiento y solvencia de los referidos planes. Así concluyeron que, en la medida que el requerimiento de información no se relacionaba con licenciamiento o solvencia, reñía directamente con las claras disposiciones del Medicare Advantage Act. Plantearon que el poder investigativo de OCS no procedía cuando se trataba de casos de planes MA por virtud de la cláusula de desplazamiento expreso establecida en la ley federal. Además, advirtieron sobre la determinación del Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico en *MMAPA v. Emanuelli*, 19-1940 (SCC), según alegado, el foro federal declaró que las antes citadas disposiciones del Medicare Act ocupan el campo y desplazan a la Subsección 7 de la Ley 90-2019.⁶ En fin, la posición de Triple-S es que el Medicare Act expresamente ocupa el campo desplazando las leyes de Puerto Rico y, en la medida que el requerimiento de información invocaba leyes que no tenían que ver con solvencia y licenciamiento, la OCS no tenía jurisdicción sobre la materia, procedía dejar sin efecto el requerimiento y desestimar la investigación.

El 3 de marzo del año en curso, OCS emitió una Orden. En esta detalló el trámite procesal, haciendo un recuento de los múltiples requerimientos de información enviados a Triple-S el 8 de noviembre de 2022, el 18 de enero de 2023 y el término concedido el 27 de enero de 2023. Aludió al poder de investigación del que está investido el Comisionado de Seguros y la correlativa obligación de

⁶ Ley que enmendó el Código de Seguros para prohibir que una organización de servicio de salud de Medicare Advantage o su representante acuerde con un proveedor de servicios el pago de una tarifa menor a la establecida para ese año por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) para Puerto Rico por los servicios como proveedor de Medicare Advantage, entre otros.

facilitar la investigación que el Art. 2.130 del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, le impone a todos los investigados en aras de facilitar el cumplimiento con las disposiciones del Código de Seguros. OCS concluyó que al no presentar la información que se le requirió en el inciso uno (1) del Requerimiento I, contestar el mismo fuera del término concedido para ello, y presentar planteamientos carentes de méritos para impugnar esta investigación, incurrió en violación al Art. 2.130(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, y a los incisos (6), (8) y (12) de la Regla I-A (6) del Reglamento, *supra*. Coligió, además, que al no presentar la información que se le requirió mediante el Requerimiento II, incurrió en violación al Art. 2.130(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, y a la Regla I-A (6) del Reglamento, *supra*. OCS entendió que Triple-S había obstaculizado su labor investigativa en violación a lo dispuesto en el Art. 2.130(1) del Código de Seguros de Puerto Rico. Citó a Triple-S a comparecer a una vista administrativa para discutir las imputaciones en su contra y sus objeciones a la entrega de información. Además, le impuso una multa administrativa de 5,000 dólares por incumplir una orden emitida por la OCS y violentar lo dispuesto en el Art. 2.130 del Código de Seguros de Puerto Rico y el Art. 6 de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

Antes de la vista señalada, Triple-S presentó *Solicitud de Resolución Sumaria*. Mediante dicho escrito reiteró ciertos planteamientos antes señalados, abundó sobre otros y señaló que sostuvo que, en el contexto propio de la investigación en cuestión, se había presentado oportunamente la defensa de falta de jurisdicción y, como tal, no debía interpretarse que había incumplido u obstruido la labor investigativa de OCS, por lo que no procedía la imposición de la multa administrativa. Argumentó que,

al referirse a una defensa privilegiada, la agencia tenía la obligación de auscultar y resolver si poseía jurisdicción, antes de considerar cualquier otro asunto. Por su parte, OCS se opuso a la resolución sumaria solicitada por Triple-S. En apretada síntesis, sostuvo que la multa emitida no era la conclusión del asunto en los méritos, sino ocasionada por el reiterado incumplimiento de Triple-S a cumplir con la entrega de información pertinente para poder evaluar el asunto en sus méritos. Sobre su poder de investigación definió este como uno amplio y señaló que investigaba reclamaciones relacionadas a planes Advantage y también planes comerciales de Triple-S. Por tratarse de una etapa investigativa sin actuación regulatoria, sostuvo que el planteamiento de la falta de jurisdicción resultaba prematuro y su presentación tuvo la consecuencia de obstruir la investigación.

Finalmente, el 26 de mayo de 2023, el Comisionado de Seguros dictó la Resolución cuestionada, en la cual confirma la multa impuesta de 5,000 dólares a Triple-S y reitera la obligación de esta última de someter la información requerida.

Inconforme, Triple-S acude ante este tribunal señalando dos errores alegadamente cometidos por OCS, estos son:

ERRÓ LA OCS AL DETERMINAR QUE POSEE JURISDICCIÓN SOBRE EL CASO DE TÍTULO SIN ANALIZAR LA APLICABILIDAD DE LA DOCTRINA DEL CAMPO OCUPADO EN VIRTUD DEL MEDICARE ACT. COMO CONSECUENCIA DE ELLO, LA OCS DESATENDIÓ QUE LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE SEGUROS INVOCADAS LE IMPIDEN EJERCER LA AUTORIDAD SOBRE TSA EN TEMAS DE MEDICARE ADVANTAGE CUANDO NO SE REFIERE A ASUNTOS DE SOLVENCIA Y LICENCIAMIENTO.

ERRÓ LA OCS AL CONFIRMAR LA IMPOSICIÓN DE LA MULTA INTERPUESTA Y, POR CONSIGUIENTE, INTERPRETAR QUE CUANDO UNA PARTE PRESENTA OPORTUNAMENTE UNA DEFENSA PRIVILEGIADA SOBRE FALTA DE JURISDICCIÓN, IMPLICA UN AUTOMÁTICO INCUMPLIMIENTO CON UN REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN CURSADO.

En relación con el KLRA202300362, los eventos ocurridos ante la OCS y que generan este recurso son los siguientes. El Laboratorio Clínico Villa Los Santos presentó una *Solicitud de Intervención* para el pago puntual de reclamaciones ante OCS. La petición se relacionaba a la denegación de pago, por parte de Triple-S, de ciertos procedimientos de una paciente asegurada. Como parte de la investigación, la División de Investigaciones de OCS solicitó a Triple-S cierta información, a través de un Requerimiento. Específicamente solicitaron:

- 1) Evidencia de la fecha cuando la Organización recibió la reclamación en controversia, por primera vez.
- 2) Evidencia de la fecha cuando la Organización denegó el pago de la reclamación en controversia por primera vez, y la razón por la cual denegó el pago de la misma.
- 3) Explicar en detalle por qué la Organización denegó el pago de los códigos de procedimiento 87088, 82378, 83970 de la reclamación en controversia, con el código de denegación CO11 “the diagnosis is inconsistent with the procedure” y someter evidencia que sustente sus alegaciones, o en su defecto, indicar si es una denegación incorrecta. En el caso de indicar que es una denegación incorrecta, deberá someter evidencia del pago (copia de cheque y explicación de pago) de dicha reclamación, conforme a la tarifa contratada, junto con los intereses legales correspondientes.
- 4) Evidencia de la decisión tomada por la Organización, luego de recibir la información del Proveedor mediante hoja titulada “Hoja de Ajuste”, fechada el 24 de febrero de 2022, en contestación a dicha denegación de pago.
- 5) Copia del contrato firmado con el Proveedor vigente en el año 2022, y las tarifas contratadas para los códigos de procedimiento en controversia.
- 6) Aclarar si la reclamación en controversia corresponde al plan Platino.
- 7) Cualquier documento adicional e/o información a los requeridos en apoyo a su posición.

La información solicitada fue requerida al amparo de los Arts. 2.130 y 30.080 del Código de Seguros, para lo cual concedió un

plazo de quince (15) días. Vencido el término, el 27 de junio de 2022, OCS reiteró la solicitud concediendo hasta el día siguiente para entregar la información. Triple-S contestó oportunamente, sin someterse a la jurisdicción. Explicó que la paciente era beneficiaria de un Plan Medicare Advantage y que la reclamación había sido contestada dentro del término estatutario aplicable. Por tal razón, adujo que la querrela estaba fuera del peritaje y la jurisdicción de OCS, pues se trataba de campo ocupado por la reglamentación federal. Solicitó la desestimación de la querrela.

El 14 de septiembre de 2022, OCS le impuso una multa a Triple-S de \$3,000 por incumplir con el Art. 2.130 (1) y la sección 6 de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros. Inconforme, TSA solicitó una vista administrativa a tenor con el Art. 2.190 (2) del Código de Seguros. Emitido un aviso de vista, las partes presentaron una solicitud para que la controversia se adjudicara conforme memorandos de derecho, toda vez que, ambas partes estaban de acuerdo que la controversia era una de estricto derecho. Así las cosas, recibidos los respectivos memorandos de derecho, la resolución recurrida resolvió que, el Comisionado de Seguros conforme las facultades de su ley habilitadora para velar por el cumplimiento del Código de Seguros y su reglamento, que incluye el Capítulo 30 y la Regla Núm. 73, tenía jurisdicción para llevar a cabo la investigación cuestionada. Concluyó que Triple-S no había provisto la información peticionada, por lo que incumplió con las órdenes válidamente emitidas, obstaculizando la labor investigativa de la agencia y en violación al Art. 2.130 (1) del Código de Seguros y la Sección 6 de la Regla I-A del Reglamento, en esencia, conformando la multa impuesta. Por entender que OCS erró, pues carece de jurisdicción sobre la materia ordenada, Triple-S presentó el recurso

KLRA202300362, mediante el cual puntualizó los siguientes señalamientos de error:

ERRÓ LA OCS AL DETERMINAR QUE POSEE JURISDICCIÓN SOBRE EL CASO DE TÍTULO SIN ANALIZAR LA APLICABILIDAD DE LA DOCTRINA DEL CAMPO OCUPADO EN VIRTUD DEL MEDICARE ACT. COMO CONSECUENCIA DE ELLO, NO PROCEDE INVOCAR LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE SEGUROS PARA EJERCER LA AUTORIDAD SOBRE TSA EN TEMAS DE MEDICARE ADVANTAGE CUANDO NO SE REFIERE A ASUNTOS DE SOLVENCIA Y LICENCIAMIENTO.

ERRÓ LA OCS AL CONFIRMAR LA IMPOSICIÓN DE LA MULTA INTERPUESTA Y, POR CONSEGUENTE, INTERPRETAR QUE CUANDO UNA PARTE PRESENTA OPORTUNAMENTE UNA DEFENSA PRIVILEGIADA SOBRE FALTA DE JURISDICCIÓN, IMPLICA UN AUTOMÁTICO INCUMPLIMIENTO CON UN REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN CURSADO.

Según anticipamos, toda vez que los recursos presentan la misma controversia de derecho, compartiendo los mismos señalamientos de error, los recursos fueron consolidados.

En esencia, Triple-S reitera que OCS carece de jurisdicción sobre la materia objeto de la investigación que nos ocupa, en virtud de la doctrina del campo ocupado. Sostiene que la agencia declinó adentrarse a analizar el estatuto federal que tiene supremacía en el presente caso, y que le precluye de atender la investigación o requerimientos objeto de controversia. Reitera que su intención no ha sido oponerse a la labor investigativa de OCS, sino que, por virtud de la disposición federal que ocupa el campo, los planes de Medicare Advantage quedan excluidos de la facultad de OCS de intervenir con las aseguradoras, a los fines de investigar o cursar requerimientos en atención a la regulación estatal y hacer valer dicho estatuto. Además, señalan que las funciones investigativas están inexorablemente atadas a las funciones reguladoras. Reafirma su postura de que procede la desestimación sumaria del asunto, pues la OCS trata de instituir procesos investigativos y reguladores sobre una organización Medicare Advantage, sobre temas que giran en

torno a asuntos que no son de solvencia y licenciamiento, lo que se encuentra fuera de la limitada área de acción permitida por la ley federal. Una vez más puntualiza que la doctrina de campo ocupado impide el que la agencia estatal ejerza su jurisdicción e intente aplicar leyes estatales de una manera, que la coloque en conflicto con las disposiciones de una ley o reglamento federal. Elabora que la cláusula de supremacía sostiene que “los principios constitucionales de la teoría de la ocupación del campo han sido desarrollados para precisamente evitar la reglamentación conflictiva de la conducta de varios organismos oficiales que puedan tener alguna facultad sobre una materia específica”. En ese sentido enfatiza que la ocupación del campo puede ocurrir, cuando el Congreso expresamente lo dispone al aprobar una ley, o si al reglamentar un área específica, lo hace de forma tan abarcadora que no cabe duda de que la intención federal es reglamentar la totalidad del área y no es posible la concurrencia de ninguna otra reglamentación estatal.

Su argumentación se sostiene en que la ley federal de Medicare Advantage es una normativa que ocupa el campo en todos los renglones que no sean los expresamente exceptuados y solamente permite a los estados y territorios regular temas relacionados con licenciamiento y solvencia de los referidos planes. Por eso su posición es que, en la medida que la materia que atienden los casos de epígrafe no se relaciona con licenciamiento o solvencia de Triple-S, el requerimiento formulado por la OCS cede ante las claras disposiciones de 42 U.S.C § 1395w-26(b)(3).

Para Triple-S, la OCS falla al no interpretar cómo su proceder es permitido ante la clara disposición federal que regula y ocupa el campo en la materia. Tampoco explica cómo la regulación invocada va por encima de la aplicabilidad general de la materia federal, y

cómo esta se relaciona con las únicas dos excepciones, licenciamiento y solvencia, reconocidas en la legislación. La posición de Triple-S es que investigar una organización Medicare Advantage implica necesariamente que se está intentando regularla. Nos invita a prestar particular atención a las expresiones del Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico en el caso *MMAPA v. Emanuelli*, supra. Particularmente aquella donde expresamente el Tribunal de Distrito dispuso que:

“the modifying term “any” before “State law or regulation” and the inclusion of the two listed exceptions to mean that Congress intended for all state laws or regulations that purports to regulate MA plans offered by MAOs (except those relating to licensing and solvency), whether or not such laws overlap with an existing federal standard, are preempted”.

Puntualizó que dicha decisión fue confirmada por el Primer Circuito en caso de *Medicaid and Medicare Advantage Products Association of Puerto Rico, et al., v. Domingo Emanuelli et al.*, Nos. 21-1297, 21-1379. Su argumento es que la decisión del Primer Circuito resolvió que la ocupación de campo federal en el área de Medicare Advantage es tan extensa y contundente que ni siquiera depende de que la ley estatal esté en conflicto con la federal para que la ley estatal ceda, por la modalidad de *field preemption*. Puntualiza que en el caso de *MMAPA v. Emanuelli*, No. 20-1760, el Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico declaró desplazadas la Ley Núm. 138-2020 y la Ley 142-2020, bajo la doctrina de campo ocupado por las leyes federales, *Medicare Act* (Parte C y Th D), el *Federal Employee Retirement Income Security Act* (ERISA) y el *Federal Employees Health Benefits Program* (FEHB).

Por otro lado, afirma que el ejercicio efectuado por la agencia de investigar una organización Medicare Advantage implica necesariamente que se está intentando regularla y la mejor prueba de ello es la multa impuesta.

A pesar de que sostiene no estar de acuerdo con la decisión del TSPR en *MCS Advantage v. Fossas Blanco*, 2023 TSPR 8, distingue la situación fáctica del presente caso de aquella, por ser un proveedor de servicios Medicare Advantage contra un plan Medicare Advantage. Señala que el Tribunal Federal ha permitido que disputas contractuales entre un proveedor y un plan Medicare Advantage, a base de los términos pactados por ambos en su contrato, se puedan dilucidar en el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico. En tal sentido, aclara que el presente caso no trata sobre una disputa contractual.

En fin, no procede utilizar las disposiciones del Código de Seguros invocadas por la OCS, las cuales no tratan sobre temas de solvencia y licenciamiento, para ejercer jurisdicción sobre TSA en temas de Medicare Advantage. Los asuntos que aborda el caso de epígrafe sencillamente son campo ocupado y la OCS no tiene jurisdicción sobre la materia, por lo que, como cuestión de derecho procedía que desestimara el proceso de epígrafe.

En cuanto a las multas impuestas, específicamente sostiene que, estas no fueron emitidas correctamente en atención a los poderes delegados a la agencia e implicó una acción correctiva anticipada, sin figurar un incumplimiento imputado. La imposición de las multas resultó en una violación al debido proceso de ley que le asistía a esta parte, conforme reconocido en la legislación y reglamentación aplicable a este asunto. Nos invita a repasar la decisión del TSPR en el caso *ECP Incorporated v. Oficina del Comisionado de Seguros*, 205 DPR 268 (2020). Su posición es que OCS, en dicho caso, tomó conocimiento de que la impugnación de la jurisdicción sobre el alcance de una investigación no solo es un asunto a ser considerado tras una comparecencia que sostenga tal posición. El ejercicio de ese curso de acción sencillamente no puede

reputarse como un incumplimiento, ni mucho menos una obstrucción al deber de investigación. Triple-S sostiene que OCS actuó correctamente en el caso *ECP Incorporated v. Oficina del Comisionado de Seguros*, supra, al auscultar los confines de su poder de investigación como asunto de umbral. De este modo, la parte objeto del requerimiento, resguardó sus derechos procesales, pues no fue objeto automático de multa y elevó el aspecto de derecho hasta agotarlo ante los foros apelativos pertinentes. Triple-S distingue tal proceder de lo acontecido en esta ocasión, pues la OCS partió de la premisa que la comparecencia en que se sostenía la falta de jurisdicción del ente administrativo automáticamente resultaba en un incumplimiento con el requerimiento de investigación u obstrucción a un deber.

Triple-S sostiene que el poder de investigación de una agencia, delegado por la Asamblea Legislativa, no tiene un matiz absolutista. Igualmente, alega que, a base de la Sección 6.2 de La Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, 3 LPRA § 969 y el Art. 8 del Reglamento de Procedimientos Investigativos, Regla IA, los límites de las facultades investigativas pueden ser objetadas meritoriamente. No obstante, únicamente podrán ser objetadas bajo el fundamento de irrazonabilidad o por falta de jurisdicción para entender sobre el asunto, cosa que hizo oportunamente. Afirma que al amparo de la Sección 6.2, supra, en una instancia en que una parte ha impugnado la autoridad investigativa de la agencia, no procede automáticamente imponer una multa, por el contrario, el foro adjudicador tiene la obligación de dirimir dicho argumento, antes de entrar a atender los méritos de la controversia. Reitera que no se trata el presente caso de que se incumplieran órdenes dictadas válidamente, sino que presentó una defensa afirmativa que impedía a la agencia aplicar su campo

de actuación en este caso. Ante ello, sostiene que cumplió con su obligación procesal de expresarse en torno al requerimiento cursado. Afirma que es un contrasentido participar en un proceso y someterse a la autoridad de una agencia, cuando está convencido que tal agencia no ostenta jurisdicción. Por último, arguye que, aun presumiendo que la OCS tuviese jurisdicción, lo que se niega enfáticamente, procede la eliminación de la multa impuesta por el supuesto incumplimiento, pues resultaría prematura. Es decir, de resolverse el asunto jurisdiccional, primordial planteado en contra de su postura, procedería la concesión de un plazo razonable para el cumplimiento de la obligación requerida y no la automática emisión de multas en su contra.

En su alegato en oposición, OCS enfatiza en la importancia y complejidad de la industria de seguros como justificación del interés del Estado en reglamentarla extensamente como sector investido de interés público. Así sostiene que el Comisionado de Seguros, responde a esa necesidad y por la cual se le delegaron amplios poderes investigativos y la facultad para aprobar reglamentos y adjudicar controversias. Puntualiza que es el Comisionado de Seguros el que tiene la autoridad para hacer cumplir las disposiciones del Código de Seguros y aquellas que resulten razonablemente implícitas conforme la ley. 26 LPRA sec. 235(1). De manera que, para cumplir con su deber ministerial, posee autoridad para denegar, suspender o revocar la licencia de un asegurador, 26 LPRA secs. 320-321, e imponer multas por cualquiera de las causas especificadas en el citado cuerpo legal. 26 LPRA sec. 321a. OCS nos invita a tomar en consideración lo resuelto por el TSPR en *MCS Advantage v. Fossas Blanco*, supra. Particularmente las expresiones siguientes; “el Comisionado de Seguros también es el encargado de adjudicar aquellas controversias que surjan al amparo de lo

dispuesto en el Capítulo 30 del Código de Seguros, el cual recoge lo relacionado a la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud (en adelante, “Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones”), Ley Núm. 104-2002 (2002 [Parte 1] Leyes de Puerto Rico 417); Art. 30.010 del Código de Seguros, 26 LPRa sec. 3001. Eso es así, pues, la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, se promulgó con el propósito de regular la relación entre las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud. Exposición de Motivos de la Ley Núm. 104- 2002, *supra*, págs. 417-418. Mediante el referido estatuto, la Asamblea Legislativa procuró agilizar el pago de las reclamaciones a los proveedores de salud por parte de las aseguradoras. *Íd.* Ello, con el fin de incentivar a los profesionales de la salud y, a su vez, garantizar servicios de salud de calidad sin menoscabar los derechos contractuales y propietarios de éstos.” Su posición es que está facultado por su ley habilitadora para realizar investigaciones, promulgar reglamentación, adjudicar controversias sobre dicho cuerpo legal y su Reglamento, así como para examinar las operaciones de las aseguradoras. Véase, 26 LPRa secs. 235-236, 243. Citando al Tribunal Supremo de Puerto Rico en *Comisionado de Seguros v. Bradley*, 98 DPR 21 (1969), señala que las agencias administrativas tienen amplios poderes para solicitar información e investigar los organismos que éstas regulan y supervisan. Añade, que incluso, las investigaciones pueden ser tan abarcadoras y ajenas a la materia bajo examen que excedan el poder de investigación. No obstante, es suficiente si la investigación está dentro de la autoridad de la agencia, el requerimiento no es demasiado indefinido y la información solicitada es razonablemente pertinente. Lo determinante en cuanto a qué documentos, récords, archivos y cuentas pueden ser examinados, es si los mismos tienen una

relación pertinente con el asunto que es objeto de una investigación autorizada por la ley. *Comisionado de Seguros v. Bradley*, supra, págs. 31-32. Destaca OCS que, cuenta con la autoridad explícitamente delegada por la Asamblea Legislativa para investigar las operaciones y examinar las cuentas y documentos de todo asegurador autorizado por su Oficina. 26 LPRA sec. 243 (1). Para el Comisionado, toda persona, conforme el Art. 2.130 del Código de Seguros que sea investigada o examinada por su oficina, viene obligada a proveerle acceso a la información pertinente al asunto bajo investigación. De igual manera está facultado para imponer sanciones y penalidades administrativas por violaciones al Código de Seguros y a los reglamentos aprobados en virtud de este, así como para dictar cualquier remedio pertinente autorizado en ese cuerpo legal. 26 LPRA sec. 235(17).

Al amparo de la ley habilitadora aduce haber promulgado la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros: Procedimientos de Investigación, Reglamento Núm. 5266 del 3 de julio de 1995, según enmendado.⁷ Hace referencia a varias disposiciones reglamentarias relacionadas al asunto ante nuestra consideración. Específicamente señala el Art. 6 de la Regla I-A, el cual reitera el deber estatutario de cooperar con las investigaciones realizadas por el Comisionado de Seguros y especifica los actos constitutivos de incumplimiento de ese deber. En el mencionado artículo se considera que los siguientes actos obstruyen u obstaculizan el poder investigador del Comisionado:

[...]

(6) No ofrecer las contestaciones a las solicitudes de información que se le cursen o no ofrecerlas dentro del término estipulado para ello.

...

(8) Dilatar, entorpecer o complicar la investigación.

⁷ Enmendado por el Reglamento Núm. 8077 de 26 de septiembre de 2011.

...

(11) Demostrar una actitud, conducta o comportamiento que retrase, dificulte, entorpezca o no permita la conclusión o culminación de la investigación.

(12) Presentar planteamientos evidentemente frívolos y carentes de méritos para impugnar la investigación.

...

Además, arguye que el Art. 13 de la Regla I-A le permite la imposición de multas administrativas por el incumplimiento con la labor investigativa de la agencia. Especialmente señala que el Art. 2.130(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, establece lo siguiente: [t]oda persona que obstruya, ayude o contribuya a la obstrucción, dilación o entorpecimiento de la investigación podrá ser sancionada con una multa no menor de quinientos (500) ni mayor de diez mil (10,000) dólares y estará sujeta al procedimiento de desacato dispuesto en el Art. 2.160 de este Código. 26 LPRA sec. 245(2).

Sobre la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, OCS advierte que es parte del Código de Seguros, específicamente en el Capítulo 30 y persigue el propósito de adelantar el interés de que el pago de las reclamaciones presentadas por los proveedores, participantes de servicios de salud, sea realizado en forma oportuna por parte de las aseguradoras y las organizaciones de servicios de salud. Nos llama la atención a la exposición de motivos de la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones en cuanto dispone lo siguiente: “[l]a prestación de servicios de salud de calidad a la población puertorriqueña está revestida del mayor interés público. Incumbe al Estado velar por que el ofrecimiento de tales servicios no se interrumpa, ni se menoscabe. Motivados por esta preocupación, más de 40 estados de la nación norteamericana han legislado para establecer parámetros a la relación asegurador y proveedor de

servicios. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce la necesidad de regular dicha relación, a fin de garantizar los mejores servicios de salud para todos los puertorriqueños, sin menoscabar los derechos contractuales, si alguno, y de propiedad pactados entre las partes. Propiciar y reglamentar el pago oportuno a los proveedores de salud promoverá la estabilidad y la confianza en los servicios ofrecidos y en el sistema de salud del país. De esta forma, se ofrece un modelo que no niega acceso, ni servicios, dentro de un esquema responsable de cobro y pago, en el cual equitativa y efectivamente puedan colaborar todos sus integrantes.” OCS señala que, con el fin de adelantar esos objetivos, y a los efectos de instrumentar dicha intención legislativa, la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, estableció los términos dentro de los cuales una aseguradora u organización de servicios de salud debe satisfacer el pago de todas las reclamaciones procesables y no procesables que sean presentadas por un proveedor de servicios de salud. 26 LPRA sec. 3003; *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*. Así sostiene que, en lo relacionado a la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud, el Comisionado tiene la jurisdicción original respecto a las controversias que surjan entre proveedores participantes y aseguradores u organizaciones de servicios de salud. 26 LPRA sec. 3008. Afirma que al amparo de tal autoridad aprobó la Carta Normativa Núm. 2010-110-PP-8, mediante la que enumeró las instancias en las cuales ejercería su jurisdicción para atender aquellos asuntos relacionados al pago puntual de reclamaciones al amparo de un plan Medicare Advantage. Así circunscribió su jurisdicción a los siguientes escenarios:

1. Cuando las partes en el contrato hayan pactado expresamente adoptar la Ley de Pago Puntual para regir los procedimientos de pago de reclamaciones;

2. Cuando el contrato no contenga una cláusula sobre el pago puntual de reclamaciones (“prompt payment provision”) o cuando, a pesar de haberla, la cláusula no sea clara ni delimite con especificidad el término de tiempo en que el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagar las reclamaciones de los proveedores. Carta Normativa Núm. 2010-110-PP de la Oficina del Comisionado de Seguros, 19 de marzo de 2010, pág. 4.

Entonces sostiene que la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, no alteró los estándares de la legislación federal en materia de planes de salud Medicare Advantage, por lo que no ha sido desplazada por esta última. OCS interpreta que de la Sección 232 de la ley *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003*, *supra*, surge que las disposiciones de la Parte C del Subcapítulo XVIII del *Medicare Act*, incluso la reglamentación federal promulgada al amparo de dicha Parte C, prevalecerán sobre cualquier ley o reglamentación estatal. Sin embargo, de un examen de las disposiciones de la referida Parte C, así como de la reglamentación federal sobre los referidos planes de salud, no surge expresión alguna que sugiera una intención congresional de suplantar o prohibir toda legislación estatal en el área que nos ocupa. Por el contrario, se desprende que el Congreso federal dejó la puerta abierta a aquella reglamentación estatal que no resulte contraria o esté en conflicto con las disposiciones de la reglamentación federal. Su punto es que ni en la referida Parte C, ni en la reglamentación federal sobre los planes Medicare Advantage, se encuentran disposiciones o estándares específicos relativos al pago puntual de reclamaciones por parte de las organizaciones que proveen planes de salud Medicare Advantage, por lo que concluye que no existe impedimento alguno para que se aplique una ley estatal sobre ese asunto. Una vez más reitera lo resuelto por el Tribunal Supremo de Puerto Rico en *MCS Advantage, Inc., v. Fossas Blanco*, *supra*, en cuanto a que la OCS es el foro con jurisdicción

primaria exclusiva para entender las controversias que surjan entre una organización que provee planes médicos bajo el programa federal Medicare Advantage y un proveedor de servicios de salud basadas en las disposiciones de la Ley Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, y que ese estatuto no tuvo el efecto de alterar los estándares federales aplicables a los planes Medicare Advantage. Puntualizó que, en dicho caso, en una nota al calce, el tribunal distinguió el caso ante su consideración de lo resuelto en el caso *MMAPA et al. v. Domingo Emanuelli Hernández et al*, *supra*, enfatizando que, en la controversia suscitada entre *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*, la cual surgió al amparo de la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, no estaba involucrada una alteración a los estándares federales en materia de planes Medicare Advantage por parte de la legislación estatal, contrario a lo que ocurrió en el caso resuelto por el Tribunal Federal de Apelaciones para el Primer Circuito. Y, expresamente, resolvió que las disputas contractuales entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud, no es materia que haya sido desplazada por la legislación federal sobre planes Medicare Advantage.

OCS reitera que los hechos de *MMAPA et al. v. Domingo Emanuelli Hernández et al*, *supra*, se distinguen de los presentes. Enfatiza que, en dicho caso, el Primer Circuito atendió el argumento de campo ocupado bajo la Ley Núm. 90-2019 y no al amparo de la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, Ley Núm. 104-2002, *supra*. Distingue los hechos de ambos casos, pues la Ley Núm. 104-2002, *supra*, determinaba las cuantías de las tarifas objeto del contrato entre los proveedores de servicios de salud y las entidades que ofrecen planes de salud Medicare Advantage, estableciendo una estructura de precios que incidía en los estándares establecidos en el esquema regulatorio federal. Sin embargo, los recursos ante

nuestra consideración tratan sobre la autoridad del Comisionado de Seguros para investigar a una entidad autorizada por ese funcionario para hacer negocios de seguros y proveer planes de salud y dirigirle requerimientos de información, como parte de su gestión investigativa. En cuanto al aspecto jurisdiccional, reitera que la reglamentación federal les extiende a las partes contratantes la obligación de incluir en su contrato una cláusula para convenir el pago de los servicios rendidos. Por tanto, deja a la determinación de las partes los términos o el estatuto a regir su relación. No existe una directriz específica de CMS o de la ley federal que disponga o establezca los términos para el pago de las reclamaciones entre la organización y el proveedor; sino que estos son los que lo determinan y pautan en su contrato, lo que sirve de base para que el asunto sea regulado por los estados, tal como lo han hecho unos cuarenta estados de la Unión, además de Puerto Rico.

El Comisionado cita como vinculante, la decisión del Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico, *MMM Healthcare, Inc. et al. v. The Commonwealth of Puerto Rico, et al.*, Civil No. 13-1676 (PAD). Añade que allí dicho foro expresamente resolvió que: “the Puerto Rico Prompt Payment of Claims to Health Services Providers Act, 26 LPRA § 3001-3008, is not preempted by the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003, 42 USC § 1395w-26(b)(3).”

Sobre las multas sostiene que no le impuso multas a Triple-S por incumplir con la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, sino por incumplir con ciertos requerimientos de información válidamente cursados, como parte del ejercicio de esas vastas facultades investigativas.

Nos invita a tomar en consideración, el hecho de que varias organizaciones que ofrecen planes médicos bajo el programa

Medicare Advantage, incluyendo a Triple-S, han recurrido ante este foro en, por lo menos, dos ocasiones previas, para impugnar, sin éxito, determinaciones similares a las que son objeto de los recursos consolidados de marras. En tales ocasiones, dichas entidades también han planteado que el Comisionado de Seguros carece de total jurisdicción para investigarlas por la aplicación de la doctrina federal de campo ocupado. Sostiene que paneles hermanos han rechazado tajantemente dicho argumento, ante su falta de méritos. Específicamente se refiere a *Comisionado de Seguros v. Triple-S Advantage*, KLRA202200622 (Sentencia de 31 de mayo de 2023) y *Comisionado de Seguros v. MMM Healthcare, Inc.*, KLRA201201176 (Sentencia de 12 de agosto de 2014). Destaca que debemos considerar lo resuelto en *Comisionado de Seguros v. MMM Healthcare, Inc.*, KLRA201201176, como vinculante. Allí un panel hermano resolvió que el Congreso federal tuvo la intención de ocupar el campo en relación con los planes médicos que operen bajo el programa de Medicare Advantage, pero que, del historial de la legislación federal aprobada sobre la materia, no surgía la intención de prohibir toda legislación estatal acerca de este. Por el contrario, de los registros legislativos se desprendía una clara preocupación en cuanto a las relaciones asegurador-proveedor, quedando consignada en la ley federal y en su historial legislativo, una exigencia específica de que los contratos entre los aseguradores y los proveedores incluyeran una cláusula sobre pago puntual. Concluyó que, lejos de estar en conflicto con la ley federal, la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones, profundizó y amplió lo atendido por la ley federal. Consecuentemente, razonó que el Congreso de los Estados Unidos no tuvo la intención de desplazar toda legislación estatal sobre Medicare Advantage, sino que se limitó a exigir que los contratos entre los aseguradores y los proveedores incluyeran una

cláusula de pago puntual, sin establecer estándares específicos sobre el pago a los proveedores. Además, resolvió que la ley estatal complementó la legislación federal, al pautar el término con el que cuentan las aseguradoras para pagar las reclamaciones de los proveedores de servicios, y que, por tanto, sí es válida. Así pues, concluyó que no hubo un desplazamiento total de la legislación estatal y que esta no entra en conflicto con la federal en cuanto a la materia. Por lo que, contrario a lo aseverado por MMM y PMC, y a lo que hoy plantea Triple-S, sí tenía jurisdicción para atender los reclamos de los proveedores que solicitaron su intervención en cuanto al pago de reclamaciones por parte de esas entidades. Además, señala que recientemente, a través del KLRA202200622, Triple-S solicitó la revisión y revocación de una Resolución del Comisionado de Seguros, mediante la cual el referido funcionario, al igual que en los casos de título, confirmó tener jurisdicción para atender varias solicitudes de intervención presentadas contra dicha organización por tres proveedores de servicios, por su alegado incumplimiento con las disposiciones de la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones. Tal como ocurrió en los casos que nos ocupan, Triple-S no cumplió con varios requerimientos de información que le dirigió el Comisionado de Seguros durante la fase de investigación de esas reclamaciones, por lo que le impuso multas administrativas. Entonces, al igual que hoy, Triple-S arguyó que el Comisionado de Seguros no tenía jurisdicción sobre la materia. Un panel hermano concluyó que la Ley de Pago Puntual de Reclamaciones no intentó alterar la reglamentación federal y distinguió que la ley local y los hechos que enmarcaban la controversia ante sí eran distintos a los del caso de *Medicaid and Medicare Advantage v. Emanuelli Hernández*, supra, invocado por Triple-S, confirmando la posición del Comisionado de Seguros.

Por último, sobre el señalamiento de Triple-S de que procedía atender la defensa afirmativa de falta de jurisdicción como asunto de umbral, OCS riposta que acoger dicha teoría de que solicitar inmeritoriamente la “desestimación” de un proceso investigativo equivale a cumplir con los requerimientos de información que se le cursen durante dicho proceso, validaría la utilización de subterfugios que le permitan a los sujetos regulados por una agencia gubernamental, evadir la legítima autoridad investigativa de ese organismo. Precisamente, y tal como antes señalamos, el Art. 6(12) de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone que un acto constitutivo de obstrucción u obstaculización de una investigación del Comisionado de Seguros es el presentar planteamientos evidentemente frívolos y carentes de méritos para impugnar la investigación. Es claro que para el Comisionado y, a la luz de sus argumentos, la defensa afirmativa, rechazada por la jurisprudencia vinculante y alguna de carácter persuasivo, hacía de tal argumento uno frívolo y dirigido a dilatar los procesos.

II

La Constitución de Estados Unidos establece un gobierno central, pero reconoce la personalidad propia y distinta de cada uno de los miembros de la federación, los Estados. A causa de este tipo de organización, los poderes gubernamentales se dividen en dos, los del gobierno central o federal y los de los Estados. La aplicación de dos poderes, en ocasiones, acarrea conflictos entre las entidades federales y la estatales. Las fricciones, a primera vista, son de fácil solución, pues en “cualquier situación en que conflija una norma jurídica puertorriqueña con la “Ley Suprema”, es decir con la Constitución de Estados Unidos, con una ley o reglamento administrativo federal aplicable en Puerto Rico, o con un tratado suscrito y ratificado por Estados Unidos, siempre debe prevalecer el

Derecho federal sobre el Derecho puertorriqueño. Idéntica situación ocurre cuando se enfrenta el Derecho federal con disposiciones jurídicas de cualquiera de los cincuenta estados federados.” C. I. Gorrin Peralta, *Fuentes y proceso de investigación jurídica*, Orford, New Hampshire, Equity, 1991, pág. 43; J.J. Álvarez González, *Derecho Constitucional de Puerto Rico*, Bogotá, Nomos S.A., 2010, pág. 5.

La doctrina de campo ocupado tiene su génesis en la Cláusula de Supremacía de la Constitución de Estados Unidos. Esta dispone que: [t]his Constitution, and the Laws of the United States which shall be made in Pursuance thereof; [...] shall be the supreme Law of the Land; and the Judges in every State shall be bound thereby, any Thing in the Constitution or Laws of any state to the Contrary notwithstanding.” Art. VI, Const. EE. UU., LPRA, Tomo 1, ed. 2016, págs. 168–169 (edición en inglés). Sabido es que la Constitución de Estados Unidos aplica en todo su rigor en Puerto Rico y, en caso de conflicto con las leyes estatales, cuando la ley federal no pueda coexistir con la estatal, la Constitución dispone que la Ley federal tendrá supremacía sobre la ley estatal. *Cotto Morales v. Ríos*, 140 DPR 604 (1996). De la cláusula de supremacía emana la doctrina del campo ocupado. En virtud de esta doctrina es que el Congreso de Estados Unidos puede ocupar el campo sobre un asunto federal y excluir la regulación local. *Lilly del Caribe, Inc. v. Municipio Autónomo de Carolina*, 210 DPR 306, 318 (2022); *González v. Mayagüez Resort & Casino*, 176 DPR 848, 856 (2009). La doctrina de campo ocupado persigue evitar los conflictos regulatorios y fomentar así una política uniforme. *Mun. de Peñuelas v. Ecosystems, Inc.*, 197 DPR 5, 14 (2016); *González v. Mayagüez Resort & Casino*, supra, pág. 566; *Rivera v. Security Nat. Life Ins. Co.*, 106 DPR 517, 523 (1977). Esta doctrina es aplicable a Puerto Rico como si fuera

un estado. *Puerto Rico Dept. of Consumer Affairs v. Isla Petroleum Corp.*, 485 U.S. 495, 499, 108 S. Ct. 1350, 99 L. Ed. 2d 582 (1988).

El gobierno federal ocupa el campo, cuando así lo haya expresado el Congreso o cuando la clara intención de la ley sea privar de jurisdicción a los tribunales estatales, o en aquellas circunstancias en las cuales el interés o propósito federal es tan dominante que no debe existir reglamentación estatal, o cuando esta podría producir un resultado incompatible con los objetivos federales en determinada área. *Lilly del Caribe, Inc. v. Municipio Autónomo de Carolina*, supra, pág. 318-319; *Mun. de Peñuelas v. Ecosystems, Inc.*, supra, págs. 14-15. En fin, cualquier ley estatal que contravenga una ley federal es nula. *Lilly del Caribe, Inc. v. Municipio Autónomo de Carolina*, supra, pág. 319.

O sea que, la ocupación del campo ocurre cuando el Congreso lo dispone expresamente al aprobar una ley o cuando al reglamentar un área específica, lo hace de manera tan abarcadora que no queda duda que su intención es reglamentar la totalidad sin posibilidad de reglamentación estatal. En *Cotto Morales v. Ríos*, supra, el TSPR reiteró el principio establecido en *Bordas & Co. v. Srio. de Agricultura*, 87 DPR 534 (1963), a los efectos de que no se presumirá que la reglamentación federal sustituye a la reglamentación estatal, por el hecho de que el Congreso reglamente un área en forma limitada. Para que así sea, es necesario que la ley del Congreso, interpretada razonablemente, esté en conflicto real con la ley del estado. En ausencia de una prohibición específica en la ley federal contra una ley local, la legislación insular que complementa la ley federal es válida, siempre y cuando que, la primera no esté sustancialmente en conflicto con la segunda. El conflicto debe ser tan directo y positivo, que las dos leyes no puedan armonizarse o coexistir al mismo tiempo. *Bordas & Co. v. Srio. de Agricultura*,

supra, pág. 553. Para que pueda sostenerse, que el estatuto Federal excluye una ley insular encaminada a proteger la salud y bienestar del público, no basta que las dos leyes abarquen la misma materia. Es preciso que la ley insular, por sus propios términos o en su administración práctica, esté en conflicto con la ley del Congreso o manifiestamente infrinja la política pública de la ley Federal. *Rodríguez v. Overseas Military*, 160 DPR 270, 283 (2003); *Bordas & Co. v. Srio. de Agricultura*, supra; *Luce & Company, S. en C. v. Junta de Salario Mínimo de P.R.*, 62 DPR 453, 459 (1943).

Medicare es un seguro de salud administrado por el gobierno federal para personas de 65 años o más o que sufren de ciertas condiciones de salud y cumplen con otros criterios, como las personas con discapacidad. Originalmente consistía en la parte A, que cubría aquellas personas hospitalizadas y la Parte B, que cubría el cuidado ambulatorio. La Parte C añadida en el 1997, les permite a los beneficiarios de las partes A y B inscribirse en planes administrados por planes privados conocidos como Medicare Advantage. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales, en adelante “HHS”, administra el programa Medicare a través de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid o “CMS”. 42 USCA § 1395c; *Medicaid and Medicare Advantage Products Association of Puerto Rico, Inc. v. Emanuelli Hernández*, 58 F.4th 5 (2023); *Medical Card System v. Equipo Pro-Convalecencia*, 587 F. Supp.2d 384, 385-386 (2008). Ahora bien, el Medicare Advantage, también conocido por Medicare Parte C, se rige por el Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (“Medicare Advantage Act”), Pub. L. No. 108-173, 117 Stat. 2066 (2003) (codified at 42 USCA §§ 1395w-21 to 1395w-28) y es la legislación específica que atañe a nuestra controversia. Bajo esta legislación, CMS contrata con organizaciones privadas,

esencialmente aseguradoras que se conocen entonces como Medicare Advantage Organizations “MAOs”, quienes a su vez contratan con proveedores de salud, para que provean servicios de salud básicos, así como otros, tales como servicios auditivos o dentales, que no están cubiertos por el plan tradicional de Medicare. *Medicaid and Medicare Advantage Products Association of Puerto Rico, Inc. v. Emanuelli Hernández*, supra, pág. 8.

El aliciente del gobierno federal para añadir la parte C o el Medicare Advantage respondió al deseo de expandir las opciones de planes privados a los beneficiarios de Medicare, generando ahorros en los costos para el gobierno federal y los suscriptores, fomentando la competencia y el uso de cuidados de salud preventivos. CMS contrata con organizaciones de mantenimiento de la salud y otras entidades privadas para brindar servicios de atención médica a aquellos inscritos en Medicare. De esta forma, el CMS realiza unos pagos fijos mensuales a las aseguradoras o “MA organization”, los cuales son independientes al costo, frecuencia y servicios que provean a los beneficiarios. 42 USCA sec. 1395w-23. Ahora bien, como condición para aquellas organizaciones de mantenimiento de la salud u otras entidades privadas que interesen vender los planes MA, la ley obliga que dichas entidades cuenten con la autorización del estado o territorio para hacer negocios de seguros en dicha jurisdicción. 42 USCA § 1395W-25. Licensed by the State as a risk-bearing entity means the entity is licensed or otherwise authorized by the State to assume risk for offering health insurance or health benefits coverage, such that the entity is authorized to accept prepaid capitation for providing, arranging, or paying for comprehensive health services under an MA contract. 42 CFR 422.2.

Para lograr su objetivo, el Programa de MA se guía por un conjunto de reglas interrelacionadas que incluso limitan las prerrogativas del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) para modificar la estructura de pago a proveedores, entre otras. En ocasiones y, para lograr una adecuada fiscalización, los poderes reservados para el gobierno federal permiten la intervención estatal. Entre otras, fortaleciendo la habilidad de los estados para colaborar con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) para encarar prácticas de mercadeo inapropiadas o fraudulentas y licenciando los agentes o corredores que promuevan los productos MA conforme la ley estatal. 42 USCA 1391w-25.

Así también, hemos de resaltar que la ley claramente define la interacción entre los dos gobiernos, estatal y federal, pues expresamente contiene una cláusula que le concede prioridad al gobierno federal sobre los estados, a los efectos de prevenir la duplicidad de legislación. Así, dispone que:

The standards established under this part shall supersede any State law or regulation (other than State licensing laws or State laws relating to plan solvency) with respect to MA plans which are offered by MA organizations under this part. 42 USCA 1395w-26(b)(3)).

Nótese que los estados conservan jurisdicción para atender materias pertinentes al licenciamiento o la solvencia de las MAO.

No hay controversia en que los organismos administrativos, al igual que los tribunales, no pueden asumir jurisdicción donde no la tienen. Y la jurisdicción de un organismo administrativo está sujeta a los poderes que específicamente la Asamblea Legislativa le haya conferido en su ley habilitadora. *Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Corporación para la Defensa del Poseedor de Licencia de Armas de Puerto Rico, Inc.*, 202 DPR 848, 852 (2019). El Comisionado de Seguros, como ejecutivo encargado de reglamentar

y fiscalizar la industria de seguros en Puerto Rico, tendrá la autoridad que expresamente se le confiera por las disposiciones del Código de Seguros o que resulten razonablemente implícitas de dichas disposiciones. Entre otros:

(2) El Comisionado desempeñará sus deberes y hará cumplir las disposiciones de este Código. Del mismo modo deberá velar para que la administración de la política pública responda a los más elevados criterios de excelencia y eficiencia, que proteja adecuadamente el interés público y responda a las necesidades de los tiempos y a los cambios que ocurran o se anticipen en la industria de seguros y en su reglamentación.

(3) El Comisionado podrá interponer cualesquiera remedios, acciones o procedimientos legales que fueran necesarios o convenientes para hacer efectivos los propósitos de este Código o cualquier ley o reglamento, cuyo cumplimiento o fiscalización le haya sido asignada, ya sea representado por el Secretario de Justicia o, previa autorización de éste, por sus propios abogados. Además, el Comisionado podrá designar a un funcionario de la Oficina para que le brinde apoyo y asesoramiento al fiscal del Departamento de Justicia que tenga la encomienda de instar un procedimiento criminal por violación a las leyes, reglamentos u órdenes bajo la administración de la Oficina.

(4) El Comisionado creará las estructuras necesarias para descargar con eficiencia las funciones y responsabilidades que fija este Código.

[...]

(10) El Comisionado dictará y notificará las órdenes que estime necesarias y adecuadas para hacer cumplir las disposiciones de este Código y de cualquier otra ley o reglamento administrado por éste. La orden expresará sus fundamentos y las disposiciones legales de acuerdo con las cuales se dicta la orden o se intenta tomar acción. La orden indicará, además, la fecha en la cual la misma surtirá efecto.

(11) El Comisionado podrá dictar reglas y reglamentos para hacer efectiva cualquier disposición de este Código y para reglamentar sus propios procedimientos, siguiendo el procedimiento establecido para ello en las secs. 9601 et seq. del Título 3, conocidas como “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme”.

(12) El Comisionado podrá llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código, su reglamento y las órdenes que ha emitido, y para obtener toda la información útil a la administración de éstas. Para ello utilizará aquellos mecanismos que estime necesarios. La investigación o

examen podrá extenderse a cualquier persona o entidad que tenga o haya tenido negocios de seguros y a aquellas entidades comerciales o empresas que tengan relación comercial con éstas. El alcance de la investigación o examen podrá extenderse fuera de la jurisdicción de Puerto Rico.

(13) El Comisionado podrá aceptar, a su entera discreción, cualquier informe de examen o investigación de cualquier otra agencia reguladora de la industria de seguros de cualquier otra jurisdicción, en sustitución del examen o investigación por parte del propio Comisionado.

(14) El Comisionado tendrá el poder de adjudicar controversias sobre violaciones al Código o su reglamento, cumpliendo para ello con el procedimiento dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.

(15) El Comisionado tendrá la facultad de administrar juramentos y afirmaciones, citar testigos, compeler su comparecencia, recibir o tomar evidencia y requerir la presentación de libros, papeles, correspondencia, apuntes, convenios u otros documentos o registros que el Comisionado estime necesarios.

(16) El Comisionado podrá referir a las partes en una controversia ante su consideración a someterse a cualquier procedimiento voluntario alternativo de resolución de disputas.

(17) El Comisionado tendrá la facultad de imponer sanciones y penalidades administrativas por violaciones a este Código y a los reglamentos aprobados en virtud de éste y dictar cualquier remedio pertinente autorizado en el Código. 26 LPRA § 235.

El Comisionado investigará o examinará las operaciones, transacciones, cuentas, archivos, documentos y capital de cada asegurador autorizado. 26 LPRA §243 (1). El Comisionado podrá, con el fin de determinar si se cumple con este Código, investigar o examinar las cuentas, archivos, documentos, negocios y operaciones relacionadas con el negocio de seguros de: (1) [t]oda persona que disfrute de una autorización, licencia o permiso debidamente expedido por la Oficina para realizar negocios de seguro. 26 LPRA §244 (1). De hecho, el Código de Seguros específicamente dispone en cuanto al acceso de documentos que; (1) [t]oda persona que sea investigada o examinada, sus funcionarios,

empleados y representantes deberán presentar y hacer libremente accesibles al Comisionado, sus investigadores o examinadores, las cuentas, expedientes, documentos, archivos, capital y cualquier asunto en su poder o bajo su dominio relativo a la materia objeto de la investigación o examen y deberán en cualquiera otra forma facilitar la misma; (2) [t]oda persona que obstruya, ayude o contribuya a la obstrucción, dilación o entorpecimiento de la investigación podrá ser sancionada con una multa no menor de quinientos [dólares] (\$500) ni mayor de diez mil dólares (\$10,000) y estará sujeta al procedimiento de desacato dispuesto en la sec. 248 de este título. 26 LPRA § 245. Está facultado para, luego de determinar previa notificación y vista, que una persona se dedica o se ha dedicado a realizar actos o prácticas prohibidas por este Código, además de cualquier otro remedio o penalidad autorizada, dictar una orden para que dicha persona cese y desista de los actos o prácticas prohibidas que lleva a cabo. 26 LPRA § 247 (1).

III

La controversia se reduce a determinar si OCS posee autoridad para requerir información a TSA sobre cierta reclamación de pago por servicios de MA prestados a ciertos suscriptores. Debemos resaltar que la información solicitada no se relaciona a los precios establecidos por CMS, sino más bien a la estructura establecida por TSA para la solución de disputas con los proveedores.

Según reseñamos anteriormente, la legislación de MA desplaza cualquier regulación estatal, excepto aquellas que tengan que ver con licenciamiento o solvencia de los MAO. Así aceptado procede entonces que nos cuestionemos si la acción de OCS de requerir información a Triple-S está relacionada a licenciamiento o solvencia, dos temas en los cuales la legislación federal sobre MA no

ha ocupado el campo. For when the question is whether a Federal act overrides a state law, the entire scheme of the statute must of course be considered and that which needs must be implied is of no less force than that which is expressed. If the purpose of the act cannot otherwise be accomplished—if its operation within its chosen field else must be frustrated and its provisions be refused their natural effect—the state law must yield to the regulation of Congress within the sphere of its delegated power. *Crosby v. National Foreign Trade Council*, 530 U.S. 363, 373 120 S.Ct. 2288 (2000).

No hay duda de que para ofrecer productos MA en Puerto Rico, la ley federal obliga a los MAO a estar licenciados para hacer negocios de seguros en dicha jurisdicción. 42 U.S.C.A. § 1395W-25. La OCS está facultada por el Código de Seguros a llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código, su reglamento y las órdenes que ha emitido, y para obtener toda la información útil a la administración de éstas. 26 LPRA sec. 235. Triple-S no abunda en su señalamiento de error sobre cómo o por qué el requerimiento de información efectuado, como parte de las funciones delegadas a la OCS en su ley habilitadora, perjudica los propósitos o interfiere con el objetivo o la operación de la ley federal. Nos parece que la solicitud de información va dirigida a ejercer el poder investigativo delegado a OCS sobre aquellas prácticas que puedan considerarse desleales. 26 LPRA § 1915 (2).

Como primer señalamiento de error, la recurrente cuestiona la jurisdicción de OCS. Tan reciente como el 25 de enero de 2023, el Tribunal Supremo de Puerto, en el caso de *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, supra, tuvo la necesidad de aclarar si la OCS era el foro con jurisdicción primaria exclusiva para entender en cierta controversia entre una aseguradora y un proveedor de servicios de

salud respecto al reembolso de determinadas reclamaciones alegadamente pagadas en exceso. Destacamos que, en ese momento, el TSPR tuvo que analizar la jurisdicción, si alguna, de OCS ante, entre otros, el planteamiento de desplazamiento por la doctrina de campo ocupado mediante la legislación federal.⁸ Concluyó el foro que, la Oficina del Comisionado de Seguros es el ente con jurisdicción primaria exclusiva para dirimir controversias entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud al amparo del Código de Seguros de Puerto Rico, *infra*, y la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud, *infra*. *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*.

El Comisionado de Seguros está llamado a fiscalizar y reglamentar el cumplimiento de las disposiciones de su ley habilitadora. 26 LPRA sec. 235(2); *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*; *Feliciano Aguayo v. MAPFRE*, 207 DPR 138, 150 (2021). Además, está facultado para “adjudicar controversias sobre violaciones al Código de Seguros o su reglamento”. 26 LPRA sec. 235(14); *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*. Es el encargado de adjudicar aquellas controversias que surjan al amparo del Capítulo 30 del Código de Seguros que agrupa las disposiciones relacionadas a la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud. Art. 30.010 del Código de Seguros, 26 LPRA sec. 3001; *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*. Reconoce el TSPR que, la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones, *supra*, se promulgó para regular la relación entre las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud, con el objetivo de agilizar el pago de las reclamaciones a los proveedores por parte de las aseguradoras y persigue incentivar a los profesionales de la salud y, a su vez, garantizar servicios de salud de calidad sin

⁸ Véase, Opinión disidente de la Jueza Presidenta Oronoz Rodríguez.

menoscabar los derechos contractuales y propietarios de éstos. Igualmente consideraron que el Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, expresamente le confiere al Comisionado la autoridad para examinar e investigar todas las controversias relacionadas al pago puntual de reclamaciones por servicios de cuidado de salud y facturación uniforme.⁹ Además, contempló la validez de la Carta Normativa Núm. 2010-110-PP, a través de la cual OCS consignó las instancias en que ejercería su jurisdicción para atender aquellos asuntos relacionados al pago puntual de reclamaciones al amparo de un plan Medicare Advantage. *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*. Es decir, en el caso de *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*, ya el Tribunal Supremo de Puerto Rico consideró una controversia entre una aseguradora adscrita a la Parte C del programa Medicare Advantage promulgado al amparo del Título XVIII del Social Security Act, 42 USC sec. 1395 et seq., y un proveedor de salud sujeto a la ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud. En su análisis, el máximo foro local consideró vinculante lo resuelto por la Corte de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico en *Med. Card Sys. v. Equipo Pro Convalecencia*, 587 F. Supp. 2d 384, 388-389 (2008), a los efectos de que: “the Medicare Act does not provide a procedure for resolving disputes between MA organizations and health care providers. [...] Therefore, we find that Medicare Part C does not preempt contractual claims between MA organizations and health care providers. Accordingly, we have no subject matter jurisdiction over Plaintiffs’ claim.”¹⁰

⁹ Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico Núm. 6559, *supra*, Regla 73 (Normas para Regular el Pago Puntual de Reclamaciones a los Proveedores de Servicios de Salud), Art. 15. Específicamente, y según adelantamos, el Art. 30.080 del Código de Seguros, 26 LPRA sec. 300.

¹⁰ *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, *supra*, n. 5.

Sabido es que la jurisprudencia interpreta y aplica la ley ante casos concretos, llena las lagunas cuando las hay y, en lo posible, armoniza las disposiciones de ley que estén o parezcan estar en conflicto.¹¹ La opinión mayoritaria en *MCS Advantage, Inc. v. Fossas Blanco*, supra, establece un precedente que venimos obligados a seguir. No estamos ante ninguna de las excepciones que justifican obviar lo allí resuelto.¹² En concreto, las opiniones que pronuncia el Tribunal Supremo de Puerto Rico ciñen nuestra función judicial, pues constituyen precedentes obligatorios para los foros de inferior jerarquía.

Conforme lo anterior, concluimos que no se cometió el primer error señalado. Al no establecerse en el *Medicare Advantage Act* ni en las disposiciones reglamentarias del *Code of Federal Regulations* los estándares específicos sobre el pago a proveedores participantes del programa de Medicare Advantage se permite a los estados y territorios regular el proceso de pagos. De manera que, OCS ostenta jurisdicción primaria exclusiva para dirimir controversias entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud al amparo del Código de Seguros de Puerto Rico, *infra*, y la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud, *supra*.

En cuanto al señalamiento concerniente a la multa impuesta contra Triple S y su alegación a los efectos de que, presentada oportunamente una defensa privilegiada sobre falta de jurisdicción, no implica un automático incumplimiento con un requerimiento de información colegimos que tampoco fue cometido.

¹¹ C.I. Gorrín Peralta, *Fuentes y Procesos de Investigación Jurídica*, Orford, New Hampshire, 1991, pág. 35. *Collazo Cartagena v. Hernández Colón*, 103 DPR 870, 874 (1975).

¹² (1) si la decisión anterior era claramente errónea; (2) si sus efectos sobre el resto del ordenamiento son adversos, y (3) si la cantidad de personas que confiaron en esta es limitada. *Pueblo v. Sanchez Valle*, 192 DPR 594, 645-646 (2015).

OCS está facultada por su ley habilitadora para llevar a cabo las investigaciones y exámenes que considere necesarios para asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Código, su Reglamento y las órdenes que ha emitido. Inclusive, el alcance de la investigación o examen podrá extenderse fuera de la jurisdicción de Puerto Rico. 26 LPRA sec. 235 (12). Su poder investigativo es amplio y alcanza el examen de las cuentas, archivos, documentos, negocios y operaciones relacionadas con el negocio de seguros de toda persona que disfrute de una autorización, licencia o permiso para realizar negocios de seguro. 26 LPRA sec. 244 (1). Obliga a cualquier persona que sea investigada o examinada, sus funcionarios, empleados y representantes a presentar y hacer libremente accesibles al Comisionado, sus investigadores o examinadores las cuentas, expedientes, documentos, archivos, capital y cualquier asunto en su poder o bajo su dominio relativo a la materia objeto de la investigación o examen y a facilitar la investigación. Permite la imposición de multas contra toda persona que obstruya, ayude o contribuya a la obstrucción, dilación o entorpecimiento de la investigación. 26 LPRA sec. 245.

El Comisionado es el responsable de hacer cumplir las disposiciones del Código de Seguros y velar por que la administración de la política pública responda a los más elevados criterios de excelencia y eficiencia, que proteja adecuadamente el interés público. Para efectuar tal encomienda está autorizado a dictar reglas y reglamentos para hacer efectiva cualquier disposición del Código de Seguros. 26 LPRA sec. 235. Conforme los poderes otorgados se aprobó la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros, Núm. 5266.

OCS envió los requerimientos de información a Triple-S. En ellos le concedió un término para someter la información requerida.

Incluyeron las advertencias correspondientes, específicamente que el incumplimiento se consideraría una obstrucción al poder investigativo de OCS y podría conllevar la imposición de sanciones. Así le concedió la oportunidad de cumplir con lo solicitado en varias ocasiones. La OCS solicitó la información que por ley está facultado a solicitar; advirtió que el incumplimiento en la entrega de la información conllevaría la imposición de sanciones y Triple-S no cumplió con su deber ante el Comisionado. Por el contrario, Triple-S presentó una defensa jurisdiccional que, lejos de parecer una reclamación meritoria, luce como un intento de postergar aún más la entrega de la información solicitada, toda vez que se conocían varias determinaciones judiciales que habían confirmado la jurisdicción del Comisionado. Por tal razón, habiendo incumplido con su deber de proveer la información recabada y ante la continua resistencia a cumplir con los requerimientos, el Comisionado, dentro de sus facultades y habiendo apercibido de las consecuencias, determinó imponer la multa cuestionada.

La revisión de una determinación administrativa precisa que recordemos que dichas determinaciones merecen una gran deferencia judicial y se presumen correctas. *IFCO Recycling v. Aut. Desp. Sólidos*, 184 DPR 712 (2012); *Torres Santiago v. Depto. Justicia*, 181 DPR 969 (2011). La doctrina de revisión judicial de las determinaciones administrativas obliga a los tribunales a examinar si los actos de la agencia fueron razonables y acorde a los poderes delegados a esta y su política pública, o si, por el contrario, sus actos fueron ilegales o un abuso de discreción. *Capó Cruz v. Junta de Planificación*, 204 DPR 581, 590 (2020); *Torres Rivera v. Policía de PR*, 196 DPR 606, 625–626 (2016); *Mun. de San Juan v. J.C.A.*, 149 DPR 263, 279 (1999); *OSC v. Triple-S*, 191 DPR 536 (2014); *DACO v. AFSCME*, 185 DPR 1 (2012); *Empresas Ferrer v. A.R.P.E.*, 172 DPR

254 (2007). Ahora bien y considerando lo antes dicho, la revisión judicial no debe sustituir automáticamente el criterio de interpretación del organismo administrativo. *Capó Cruz v. Junta de Planificación*, supra; *Rebollo v. Yiyi Motors*, 161 DPR 69, 77 (2004). Solo debemos descartar la deferencia y presunción de corrección de la determinación administrativa cuestionada, cuando no se pueda hallar fundamento racional que explique o justifique el dictamen administrativo.

Considerando los hechos conducentes a la imposición de las multas y las facultades concedidas a OCS, determinamos que las mismas son razonables y conforme las facultades conferidas por la ley habilitadora a la agencia.

No estamos ante una actuación ultra vires de la agencia, más bien nos parece que la defensa presentada es una a destiempo, incapaz de derrotar la razonabilidad que nos merece la actuación de la recurrida.

IV

Por lo antes expuesto se confirma la determinación recurrida.

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

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