

Código de Seguros—Responsabilidad Médico-Hospitalaria;
Enmienda

(P. del S. 990)

[NÚM. 4]

[Aprobada en 30 de diciembre de 1986]

LEY

Para derogar el Capítulo 41 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", suprimir la Asociación de Suscripción Conjunta y la Administración del Fondo de Compensación al Paciente; y adicionar un nuevo Capítulo 41 a dicha ley para reestructurar el programa de responsabilidad médico-hospitalaria; establecer el Sindicato de Aseguradores; disponer su organización y normas de operación; enmendar el inciso (1) del Artículo 7.021 y el Artículo 38.030 del Código de Seguros; asignar fondos y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Mediante la Ley Núm. 74 de 30 de mayo de 1976 se adicionó un Capítulo 41 a la Ley Núm. 77 de 19 de 1957, enmendada,²⁴ conocida como "Código de Seguros", con el propósito de establecer un programa de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria y de solucionar, entonces, el problema de los seguros de riesgos por impericia profesional médica y hospitalaria. Mediante dicha legislación se crearon dos (2) estructuras principales, la Asociación de Suscripción Conjunta y el Fondo de Compensación al Paciente.

La primera estaría compuesta por todos los aseguradores autorizados para contratar en Puerto Rico seguros contra accidentes y su propósito era proveer seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria a los profesionales médicos y a las instituciones de servicios de salud que no pudieran obtener dicha póliza de seguro en el mercado normal. La intención de la ley era que la Asociación de Suscripción Conjunta tuviera un vida temporera. En esencia era un concepto orientado a que las ganancias y pérdidas se distribuyeran entre los miembros de ésta en la proporción que guardaran las primas netas directas de cada miembro suscritas durante el año anterior con las primas netas directas totales suscritas en Puerto

²⁴ 26 L.P.R.A. secs. 4101 a 4116.

Rico por todos los miembros de la misma en dicho año para el seguro de accidente.

El principio en que se fundamentó el establecimiento de esta Asociación era bueno y estaba dirigido a la esencia del seguro, que es la distribución eficiente de riesgos. El hecho de que los riesgos asumidos por la Asociación en efecto se distribuyeran entre todos los aseguradores hubiese permitido que todos participaran del riesgo sin que ninguno hubiese estado expuesto a pérdidas sustanciales.

Sin embargo, este concepto se ha utilizado para distribuir solamente los riesgos que el mercado no quiere. En este sentido la Asociación se ha convertido más bien en un plan de riesgos asignados operando con un enfoque residual. Esto a la vez propicia que uno o dos aseguradores escojan los riesgos buenos dejando los malos a la Asociación, práctica que es contraria a los principios que deben regir la buena administración de riesgo. Por otro lado, un mecanismo que es altamente eficiente para distribuir riesgos se ha circunscrito a unos límites bajos, dejándose el manejo de los riesgos grandes al mecanismo altamente ineficiente de la Administración del Fondo de Compensación al Paciente.

Consecuentemente, debido a este enfoque residual de la Asociación, actualmente un gran número de los riesgos se colocan a través de una cantidad reducida de aseguradores. Esto implica que dichos aseguradores están sujetos a una alta concentración de riesgos, con el inconveniente de que les crea problemas de reaseguro y les condiciona en cuanto a los límites máximos a suscribir por caso, e incluso puede forzarlos a requerir aumentos en tarifas que necesariamente no se justifiquen a base de la experiencia local. Además, los hace vulnerables a un menoscabo de su posición financiera en caso de que ocurra una desviación significativa en las tasas de pérdidas (*loss ratios*), lo cual podría afectarles hasta el punto de no estar en posición de atender sus obligaciones a largo plazo.

La segunda solución legislada en el 1976 al problema de los seguros de impericia médica y hospitalización fue la Administración del Fondo de Compensación al Paciente. Esta se estableció para proveer cubierta de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en exceso de los setenta y cinco mil dólares (\$75,000) por reclamación que proveerían el mercado y/o la Asociación, hasta un límite de ciento cincuenta mil dólares (\$150,000). El seguro se debía financiar mediante las aportaciones que se imponen a los asegurados.

Conforme al estado de derecho vigente, la Administración está facultada para proveer cubierta opcional en exceso de ciento cincuenta mil dólares (\$150,000) hasta un máximo de medio millón de dólares (\$500,000) mediante el pago de la aportación correspondiente. Si un profesional en el cuidado de la salud o institución para el cuidado de la salud tiene una cubierta en exceso de los límites de veinticinco mil dólares (\$25,000) por reclamación o setenta y cinco mil dólares (\$75,000) agregados por años, dicha cubierta es responsable por pérdidas hasta su límite y el asegurado debe recibir una reducción actuarial adecuada de su aportación a la Administración.

Por otro lado, si la cantidad de dinero aportada a la Administración no es suficiente para satisfacer las reclamaciones hechas contra ésta en un año específico, la Administración debe requerirle una aportación proporcional a todos los participantes para ese año fiscal. Esto hace que el seguro pueda verse en la situación de tener que depender de las demandas de los aseguradores para cumplir con sus obligaciones, práctica que el Código de Seguros prohíbe, con algunas excepciones, por considerarla indeseable.

Además, el sistema no ofrece garantías de que las sumas requeridas para cubrir las pérdidas se puedan recaudar mediante derramas, ya que el propio Código de Seguros limita la aportación adicional anual del asegurado a una suma que "no sea mayor que la aportación exigida en ese año fiscal".

Se ha evidenciado que el Fondo de Compensación al Paciente adolece de serias fallas que tarde o temprano lo convertirán en un sistema totalmente inoperante. No tiene una estructura adecuada de capital por lo que carece de recursos para hacer frente a fluctuaciones adversas en la experiencia de pérdidas. El mecanismo de la demanda con que el Fondo cuenta para cubrir déficits operacionales resulta inadecuado, debido a que la ley establece un límite máximo a la aportación adicional que puede cobrarse en un año fiscal.

Por otro lado, de ocurrir contingencias tales como una alta incidencia (aun en el caso de pérdidas bajo el límite de \$150,000), o una alta severidad, particularmente si se suscriben límites entre ciento cincuenta mil (150,000) y quinientos mil (500,000) dólares, el Fondo podría encontrarse sin recursos adecuados para cubrir sus pérdidas. En vista de la tendencia ascendente en la incidencia y severidad de las pérdidas, posponer el pago para años fiscales subsiguientes sólo podría agravar las operaciones del Fondo en dichos años y suscitar protestas de los asegurados (por los costos) y de las víctimas, quienes no recibirían sus pagos a tiempo.

Desde el punto de vista del profesional o la institución de salud, el propósito del seguro es el de poder transferir su exposición a pérdida a cambio de una prima conocida. Debido a la eventualidad de que se le imponga una aportación adicional, este objetivo no se logra con la Administración del Fondo de Compensación al Paciente. Desde el punto de vista de las víctimas potenciales la Administración no constituye una garantía adecuada, pues no hay la certeza de que ésta habrá de disponer de los recursos adecuados para pagar sus pérdidas a tiempo y ni siquiera tardíamente.

Por otro lado, el interés público hace necesario que se requiera a los médicos, dentistas e instituciones hospitalarias que puedan responder económicamente en caso de incurrir en un acto de impericia profesional. En la mayor parte de los casos, dichos profesionales e instituciones dependen del seguro por responsabilidad profesional médico-hospitalaria para poder cumplir con este requisito del Estado. Siendo éste el caso, es deber del Estado velar por que dichos profesionales e instituciones puedan adquirir esos seguros en el mercado, sin dificultades, bajo condiciones que satisfagan sus necesidades y a precios razonables.

Actualmente existen muy pocos aseguradores que suscriben el riesgo de impericia. Debido a las circunstancias del mercado y en particular a la dependencia que los aseguradores tienen de los mercados de reaseguro, no existe garantía de la disponibilidad del servicio. Por otro lado, hay profesionales que no son aceptados por el mercado de seguros, a los cuales hay que garantizarles accesibilidad a dicho mercado para que puedan cumplir con la ley.

Esta medida tiene el objetivo de propiciar las condiciones para que la industria de seguros privada pueda continuar sirviendo este mercado bajo condiciones que estimulen la competencia, a la vez que se atienden las preocupaciones de los profesionales de la salud y se garantiza por el Estado la accesibilidad al mercado de seguros para todos los profesionales e instituciones de la salud.

Esto se logra mediante la creación de un Sindicato compulsorio competitivo que tendrá todos los poderes que el Artículo 29.050 de este Código²⁵ concede a un asegurador, y que operará como un asegurador más en competencia con el mercado de libre competencia.

Las empresas de seguros que deseen suscribir el riesgo de impericia médica podrán hacerlo compitiendo libremente en el mercado. Pertenece al sindicato de participación compulsoria todos

²⁵ 26 L.P.R.A. sec. 2905.

los aseguradores autorizados a contratar seguros en Puerto Rico, excepto los que suscriben seguros de vida e incapacidad, e incluyendo a los que suscriben voluntariamente el riesgo de impericia médica. El Sindicato suscribirá todos los seguros de responsabilidad profesional médico-hospitalaria de aquellos profesionales e instituciones que no sean aceptadas por los aseguradores que suscriben el riesgo libremente en el mercado o que prefieren suscribir sus seguros con el Sindicato.

Los límites de las pólizas que suscribe el Sindicato serán aquellos exigidos a los profesionales de servicios de salud e instituciones de cuidado de salud, a base de las tarifas o las clasificaciones tarifarias que apruebe la Oficina del Comisionado de Seguros.

Las pólizas suscritas por el Sindicato se distribuirán entre todos sus miembros. Sin embargo, a los fines de lograr una distribución más eficiente, justa y equitativa de los riesgos, se asignará a los aseguradores que suscriben pólizas en el mercado de libre competencia, una proporción de dichas pólizas que sea commensurable con su participación en dicho mercado. De esta forma se logrará que las empresas que suscriben pólizas en el mercado de libre competencia, y que de acuerdo con las normas que se siguen en la práctica, habrán de seleccionar sus riesgos, asuman una proporción razonable de las pólizas que suscriba el Sindicato y de los costos inherentes a dichas pólizas, sin menoscabo de su oportunidad de competir libremente en el mercado.

También se podrá mantener el principio que se persigue con el Sindicato, de lograr una combinación de pólizas selectas y de alto riesgo a la vez que se reduce la posibilidad de selección adversa contra el Sindicato, y se le impone una responsabilidad mínima a los otros aseguradores que están obligados a participar compulsoriamente en la suscripción, a través del Sindicato, de esta línea de seguros.

El Sindicato suscribirá pólizas por límites de hasta quinientos mil (500,000) dólares por incidente médico y hasta un agregado de un millón (1,000,000) de dólares por año a base de las tarifas que apruebe la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Bajo este enfoque cada asegurador tendría una participación mínima en todas las pólizas y su exposición a pérdidas sería pequeña aun en los casos de límites altos. Este mecanismo constituiría por tanto, la forma más eficiente y justa de distribuir los riesgos sin exponer indebidamente a ningún asegurador a pérdidas significativas. Al mismo tiempo la suscripción por la industria de riesgos de hasta un

millón (1,000,000) de dólares sustituiría la necesidad de mantener un sistema como el de la Administración del Fondo de Compensación al Paciente.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Se adiciona un nuevo Capítulo 41 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada,²⁶ para que se lea como sigue:

“CAPITULO 41

Artículo 41.010.—Programa de Seguros de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria.

Se establece un programa de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el cual será implantado de conformidad a las disposiciones de este Capítulo. Dicho programa y sus actividades se llevarán a cabo a través de los aseguradores autorizados en Puerto Rico a contratar seguros contra accidentes y de un Sindicato de Aseguradores, según se dispone en el Artículo 41.020 de este Capítulo.²⁷

Artículo 41.020.—Definiciones.

A los efectos de este Capítulo, los siguientes términos y frases tendrán el significado que a continuación se expresa:

(1) ‘Cuidado o servicio de salud’, significa cualquier acto, acción o tratamiento prestado, o que debió haber sido prestado, por un profesional de servicios de salud o una institución de cuidado de salud a un paciente.

(2) ‘Daño por culpa o negligencia por impericia profesional (*malpractice*)’, significa cualquier daño ocasionado a un paciente por error, omisión, culpa o negligencia como consecuencia de, o inherentes a, servicios profesionales brindados o que debieron haber sido brindados por un profesional de servicios de salud o una institución de cuidado de la salud.

(3) ‘Institución de cuidado de salud’, significa cualquier facilidad u organización dedicada al cuidado y mantenimiento de la salud de un paciente, incluyendo las facilidades de servicios quirúrgicos ambulatorios, autorizadas para operar como tales de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965,

²⁶ 26 L.P.R.A. secs. 4101 a 4107.

²⁷ 26 L.P.R.A. sec. 4102.

enmendada,²⁸ excepto los asilos de fines no pecuniarios, según definidos en dicha ley.

(4) 'Mercado de libre competencia', significa el mercado constituido por los aseguradores, excluyendo aseguradores de líneas excedentes, que voluntariamente, y en el ejercicio de sus derechos a la libre competencia, suscriben pólizas de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria.

(5) 'Plan', significa el plan de operaciones del Sindicato de Aseguradores.

(6) 'Profesional de servicios de salud', significa toda persona debidamente autorizada de conformidad con la Ley Núm. 22 de 22 de abril de 1931, según enmendada,²⁹ y la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada,³⁰ que ejerza la profesión de médico, osteópata o dentista en Puerto Rico.

(7) 'Seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria', significa la cubierta de seguros de responsabilidad profesional para cubrir riesgos de daño por culpa o negligencia por impericia profesional (*malpractice*) para profesionales de servicios de salud e instituciones de cuidado de salud que se establece en este Capítulo.

(8) 'Solicitante cualificado', significa todo profesional de servicios de salud o institución de cuidado de salud, según se definen en este artículo, que no consiga seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en el mercado de libre competencia, o que prefiera obtener dicho seguro a través del Sindicato.

(9) 'Sindicato', significa el Sindicato de Aseguradores para suscribir seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria que se establece en este Capítulo.

Artículo 41.030.—Participación compulsoria de aseguradores.

Todo asegurador autorizado en Puerto Rico a contratar cualquier clase de seguro de los definidos en los Artículos 4.040, 4.050, 4.060, 4.070, 4.080 y 4.090 de este Código,³¹ participará, a través del Sindicato, en la emisión de las pólizas que contempla este programa para cubrir la responsabilidad financiera que más adelante se les requiere a los profesionales de servicios de salud y a las instituciones de cuidado de salud de acuerdo con lo establecido en este Capítulo.

²⁸ 24 L.P.R.A. secs. 331 *et seq.*

²⁹ 20 L.P.R.A. secs. 31 *et seq.*

³⁰ 20 L.P.R.A. secs. 81 *et seq.*

³¹ 26 L.P.R.A. secs. 404 a 409.

Artículo 41.040.—Sindicato de Aseguradores y plan de operaciones.

Se crea un Sindicato de Aseguradores para la suscripción conjunta de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria y para proveer dicho seguro a solicitantes cualificados. El Sindicato estará integrado por todos los aseguradores autorizados en Puerto Rico para contratar cualquier clase de seguros de los definidos en los Artículos 4.040, 4.050, 4.060, 4.070, 4.080 y 4.090 de este Código.³² Dichos aseguradores serán miembros del Sindicato y su participación en éste será condición indispensable para poder continuar suscribiendo seguros en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(1) El propósito del Sindicato es proveer seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria a los solicitantes cualificados. El Sindicato vendrá obligado a proveer los límites que se establecen en el Artículo 41.050 de este Código.³³ A su opción, el Sindicato podrá suscribir límites en exceso a los establecidos en el Artículo 41.050 de este Código³⁴ para las clasificaciones tarifarias, siempre y cuando no excedan de quinientos mil (500,000) dólares por incidente o un agregado de un millón (1,000,000) de dólares.

(2) El Sindicato tendrá, con respecto al seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria, poder para expedir pólizas de seguros a solicitantes cualificados y ceder y aceptar reaseguro. El Sindicato no estará sujeto a las disposiciones del Artículo 3.290 de este Código³⁵ y no vendrá obligado a tramitar sus seguros por conducto de agentes o corredores. El solicitante cualificado tampoco vendrá obligado a utilizar agentes o corredores para colocar sus seguros en el Sindicato. Con el consentimiento del Comisionado, el Sindicato podrá delegar en uno o más de sus miembros, que así lo deseen y que no participen en el mercado de libre competencia, o en cualquier otra entidad, para que provea servicios a sus pólizas y reclamaciones a nombre del mismo. El miembro o entidad a escogerse deberá seleccionarse mediante un proceso de propuestas competitivas, sin que necesariamente el costo de la propuesta sea factor determinante en tal selección. Al pasar juicio sobre dicha selección, el Comisionado tendrá la autoridad necesaria para asegurar que se escoja aquella entidad que demuestre tener la mayor capaci-

³² Id.

³³ 26 L.P.R.A. sec. 4105.

³⁴ Id.

³⁵ 26 L.P.R.A. sec. 329.

dad para penetrar el mercado y ofrecer servicios a todas las áreas geográficas del país, salvaguardar el aspecto competitivo del Sindicato y asegurar el funcionamiento más eficiente del mismo.

(3) El Sindicato operará bajo la supervisión y dirección de una Junta de Directores integrada por siete (7) aseguradores electos por los aseguradores miembros del Sindicato o sus representantes autorizados y dos (2) ciudadanos privados representativos del interés público, que no sean ni tengan vínculo alguno con proveedores de servicios de salud ni de seguros. Estos dos (2) miembros serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico por un término de tres (3) años cada uno y ejercerán sus cargos hasta que sus sucesores sean nombrados y tomen posesión del cargo. Inicialmente se elegirán tres (3) directores por el término de tres (3) años, dos (2) por el término de dos (2) años y dos (2) por el término de un (1) año. Al vencer dichos términos, los nuevos directores se elegirán por el término de tres (3) años cada uno; Disponiéndose, que por ser el Sindicato competitivo, y a los fines de evitar conflictos de intereses, no estarán representados en dicha Junta los aseguradores que participan en el mercado de libre competencia, ni aseguradores afiliados, subsidiarios, reaseguradores, o de otro modo relacionados con dichos aseguradores. No obstante, el Comisionado tendrá la responsabilidad de velar por que los intereses económicos en el Sindicato de los aseguradores que participan en el mercado de libre competencia estén debidamente protegidos y establecerá los mecanismos que a tales efectos sean necesarios, siempre que no se utilicen en detrimento de los intereses económicos de los otros miembros.

(4) Anualmente el Comisionado de Seguros convocará a todos los miembros del Sindicato para la elección de los nuevos miembros de la Junta de Directores, mediante convocatoria al efecto emitida con no menos de quince (15) días de anticipación a la fecha de celebración de la reunión y en dicha convocatoria especificará la fecha, hora y lugar en que se ha de celebrar dicha reunión. Los votos de los miembros en tal elección tendrán peso en la proporción que las primas netas directas suscritas por cada miembro en las clases de seguros mencionados en el Artículo 41.040 de este Código,³⁶ durante el año calendario anterior guarden con el total de primas netas directas suscritas en Puerto Rico para las referidas líneas de seguros por todos los miembros del Sindicato en dicho año. Los miembros de la Junta de Directores elegirán de entre ellos al Presi-

³⁶ 26 L.P.R.A. sec. 4104.

dente y demás funcionarios de acuerdo con las normas que ésta establezca mediante reglamento. La Junta estará facultada para designar los ejecutivos y oficiales del Sindicato.

(5) Los aseguradores que participen en el mercado de libre competencia tendrán todos los derechos que tienen los otros miembros del Sindicato, incluyendo el acceso a toda aquella información que, a juicio de la Junta de Directores, no los coloque en posición competitiva privilegiada, ni vulnere las oportunidades del Sindicato para competir con dichos asegurados.

(6) Tanto los aseguradores que operen en el mercado de libre competencia como el Sindicato proveerán a los solicitantes cualificados seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en un formulario de póliza uniforme para todos los profesionales de servicios de salud e instituciones del cuidado de salud. Dicho formulario de póliza uniforme cumplirá con los requisitos exigidos en el Capítulo 11 de este Código,³⁷ y deberá incluir una cláusula que garantice el derecho del asegurado a que se le emita una cubierta de cola por un término indefinido en caso de que termine su cubierta por retiro o separación voluntaria o involuntaria de la profesión, o en caso de liquidación o cierre de las operaciones de una institución de cuidado de salud. Dicho formulario también establecerá los tipos de primas aplicables a la póliza. Asimismo, dicho formulario contendrá una cláusula que provea para que, en caso de muerte súbita o incapacidad total del asegurado que no haya comprado la cubierta de cola, a sus herederos o tutor, según sea el caso, se le emita una cubierta de cola, siempre y cuando el asegurado hubiera pagado la prima correspondiente por el derecho de ejercer esta opción.

La prima por la cubierta de cola no excederá del doble de la prima que haya pagado el asegurado por la última cubierta de responsabilidad profesional médico-hospitalaria, anterior a la cubierta de cola, a menos que en las vistas públicas que aquí se requieren, se demuestre más allá de duda razonable que se impone un aumento mayor que el indicado para que la prima sea adecuada.

El Comisionado no aprobará aumentos estableciendo los tipos de primas aplicables a la póliza sin la previa celebración de vistas públicas, en las que tanto los asegurados afectados, como el Sindicato, los aseguradores que participen en el mercado de libre competencia y cualquier otra persona interesada tengan la oportunidad de expresar sus puntos de vista y presentar los informes, documen-

³⁷ 26 L.P.R.A. secs. 1101 a 1137.

tos o estudios actuariales que estimen pertinentes para sustentar su posición. Cualquier decisión del Comisionado estará sujeta a revisión judicial de acuerdo al Artículo 2.260 de este Código.³⁸

(7) El Sindicato tendrá los poderes corporativos generales que establece el Artículo 29.050 de este Código³⁹ y podrá demandar y ser demandado y negociar aquellos contratos que sean propios para llevar a cabo sus propósitos.

(8) El Sindicato deberá adoptar, dentro de los sesenta (60) días siguientes a su constitución, un plan de operaciones, sujeto a la aprobación del Comisionado, que entrará en vigor diez (10) días después de haber sido aprobado por éste. Si el Comisionado desaprueba el plan en todo o en parte, la Junta de Directores del Sindicato, dentro de los quince (15) días laborables siguientes a la notificación de dicha desaprobación, deberá someter el plan debidamente enmendado y revisado, y de no someter dicha nueva propuesta o de no resultar ésta aceptable, el Comisionado promulgará su propio plan o la correspondiente parte del mismo, según sea el caso.

El plan proveerá para una administración eficiente y económica, justa y no discriminatoria y para un pronto y eficiente mercadeo del seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria que fortalezca la posición competitiva del Sindicato en el mercado de seguros y que garantice a los asegurados potenciales el acceso al servicio.

Sin que se entienda como una limitación, dicho plan contendrá lo siguiente:

(a) Las normas, organización y procedimientos para la administración del Sindicato, incluyendo la designación de los oficiales que la Junta de Directores considere necesarios.

(b) Los tipos, planes de tarifas y reglas de tarifaje aplicables a los profesionales de servicios de salud y a las instituciones de cuidado de salud, así como las estadísticas relacionadas con la experiencia para esas dos categorías de asegurados, todo ello de conformidad con las disposiciones del Capítulo 12 de este Código.⁴⁰

Reconociendo la importancia de la solvencia de este Sindicato, el Comisionado velará por que los tipos no sean excesivos, inadecuados o injustamente desiguales.

³⁸ 26 L.P.R.A. sec. 226.

³⁹ 26 L.P.R.A. sec. 2905.

⁴⁰ 26 L.P.R.A. secs. 1201 a 1240.

(c) Las reglas y planes de tarifaje inscritos en cuanto al plan podrán proveer normas para la aplicación de recargos para riesgos con experiencia adversa. Tales reglas y planes de tarifaje proveerán la pronta eliminación de dichos recargos cuando la experiencia se normalice. También podrán proveer normas para la clasificación de riesgos que reflejen la experiencia de pérdidas y gastos en las diferentes especialidades de la práctica de los profesionales de servicios de salud o instituciones de cuidado de salud, y para reconocer el costo de reaseguros facultativos en el caso de riesgos que por su naturaleza o por los límites de la cubierta así lo ameriten.

(9) El Comisionado será responsable de salvaguardar los derechos del Sindicato a competir con el mercado de libre competencia. A tales efectos velará por que:

(a) El Sindicato sostenga las reservas que exige la ley;

(b) los aseguradores que participen en dicho mercado no utilicen su condición de miembro del Sindicato para limitar o vulnerar la posición del Sindicato como competidor; y

(c) que la Junta de Directores del Sindicato mantenga siempre bien informados a los profesionales de servicios de salud y a las instituciones de cuidado de salud, sobre el hecho de que el Sindicato constituye un asegurador competitivo y sobre los servicios que éste ofrece, sus tarifas y su solidez financiera basada en el respaldo económico que tiene de la industria de seguros. El Comisionado le requerirá al Sindicato que divulgue ampliamente la referida información y que, entre otras medidas, envíe anualmente a todos y cada uno de los profesionales de salud e instituciones de cuidado de salud, una comunicación escrita conteniendo dicha información.

(10) Todos los aseguradores miembros del Sindicato participarán en sus suscripciones, gastos, responsabilidades, ganancias y pérdidas en la forma en que se indica a continuación:

(a) Los aseguradores que forman parte del mercado de libre competencia participarán en el Sindicato en la mayor de las siguientes proporciones:

(i) El por ciento que las primas netas directas de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria suscritas en el mercado de libre competencia en Puerto Rico, durante el año anterior, por cada uno de dichos aseguradores, representen del total de las primas netas directas suscritas en Puerto Rico durante dicho año para tal clase de seguro. En la determinación del total

de estas primas se incluirá tanto las primas suscritas en el mercado de libre competencia como por el Sindicato.

(ii) El por ciento que las primas netas directas suscritas en Puerto Rico, durante el año anterior, por cada uno de dichos aseguradores para las clases de seguros especificadas en el Artículo 41.030 de este Código,⁴¹ representen del total de las primas netas directas suscritas en Puerto Rico durante dicho año para esas clases de seguros.

(b) No obstante lo anteriormente dispuesto, durante el primer año de operaciones del Sindicato los aseguradores que forman parte del mercado de libre competencia participarán en el Sindicato en el por ciento que las primas netas directas de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria suscritas en Puerto Rico durante el año anterior por cada uno de dichos aseguradores, representen del total de las primas netas directas suscritas en Puerto Rico durante dicho año para tal clase de seguro. En la determinación de las primas netas directas se incluirá tanto, las primas suscritas en los mercados voluntarios, como las suscritas en los mercados obligatorios.

A estos fines, el Comisionado certificará al Sindicato las primas netas directas suscritas durante dicho año anterior por los aseguradores que forman parte del mercado de libre competencia.

(c) Aquella porción remanente de las suscripciones, gastos, responsabilidades, ganancias y pérdidas del Sindicato que no asuman los aseguradores que forman parte del mercado de libre competencia, será distribuida entre los miembros restantes del Sindicato. Esta distribución se hará en la proporción que las primas netas directas para las clases de seguros especificadas en el Artículo 41.030 de este Código,⁴² suscritas en Puerto Rico durante el año anterior por cada uno de estos miembros restantes, representen del total de las primas netas directas suscritas en Puerto Rico durante ese año, para esas clases de seguros por todos dichos miembros restantes.

(d) A su opción, y sujeto a las normas que a tales efectos establezca el Sindicato, los aseguradores miembros de éste podrán participar en el mismo en un por ciento mayor que el anteriormente indicado.

⁴¹ 26 L.P.R.A. sec. 4103.

⁴² Id.

(e) Los criterios de participación en el Sindicato podrán aplicarse por separado a la suscripción de los riesgos de los profesionales de servicios de salud y a las instituciones de cuidado de salud, si así se provee en el plan.

(f) De ocurrir la insolvencia de un asegurador que sea miembro del Sindicato, las obligaciones contraídas por dicho asegurador con el Sindicato se distribuirán entre todos los otros miembros del Sindicato en la proporción que corresponda, según lo dispuesto en este artículo. Tales aseguradores, a su vez, tendrán derecho a reclamar dichas sumas a la Asociación de Garantía creada en el Capítulo 38 de este Código.⁴³

En aquellos casos en que un asegurador se retire del mercado, vendrá obligado a continuar con su responsabilidad para con el Sindicato hasta que se extingan sus obligaciones, en la misma proporción que tenga a la fecha de su retiro.

(11) Cualquier beneficio que se obtenga de la operación del Sindicato, así como cualquier beneficio que revierta a los participantes, estará exento del pago de contribuciones sobre ingresos.

(12) El Comisionado estará facultado para reglamentar las operaciones del Sindicato al amparo de las disposiciones de este Código y en aquellos aspectos que estime pertinentes, particularmente para garantizar su naturaleza competitiva y en lo relacionado con el uso de agentes y corredores y el pago de comisiones.

(13) Ni la Junta de Directores del Sindicato, ni sus directores individualmente, incurrirán en responsabilidad económica por cualquier acción tomada en el desempeño de sus deberes y poderes bajo este Capítulo, siempre y cuando no actúen intencionalmente o a sabiendas de que puedan ocasionar algún daño.

(14) Cualesquiera miembros de la Junta de Directores, que individual o conjuntamente con otros miembros y actuando de mala fe incurran en cualquier acción que, directa o indirectamente, menoscabe la posición competitiva, o los intereses económicos, o la participación del Sindicato en el mercado; o que divulgue información interna con el propósito de beneficiar a aseguradores que participan en el mercado de libre competencia, será responsable individual o solidariamente, según sea el caso, a dicho Sindicato con una suma equivalente a tres (3) veces el valor económico que dichas actuaciones hayan representado al mismo.

⁴³ 26 L.P.R.A. secs. 3801 a 3818.

Artículo 41.050.—Responsabilidad Financiera.

Todo profesional de servicios de salud e institución de cuidado de salud deberá radicar anualmente prueba de su responsabilidad financiera por la cantidad de cien mil (100,000) dólares por incidente o hasta un agregado de trescientos mil (300,000) dólares por año. El Comisionado podrá requerir límites hasta un máximo de quinientos mil (500,000) dólares por incidente médico y un agregado de un millón (1,000,000) de dólares por año, en los casos de instituciones de cuidado de salud y de aquellas clasificaciones tarifarias de profesionales de servicios de salud dedicados a la práctica de especialidades de alto riesgo, previa celebración de vistas públicas en las que tales profesionales e instituciones o cualquier otra persona interesada tengan la oportunidad de comparecer a expresar sus puntos de vista sobre el particular y a presentar cualquier información, documentos o estudios para sustentar su posición. Están exentos de esta obligación aquellos profesionales de servicios de salud que no ejercen privadamente su profesión y trabajan exclusivamente como empleados de instituciones de cuidado de salud privadas, siempre y cuando estuvieren cubiertos por la prueba de responsabilidad financiera de éstas. También están exentos de esta obligación los profesionales de servicios de salud que presten servicios exclusivamente para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios y que no ejercen privadamente su profesión. Están exentas además las instituciones de cuidado de salud que pertenezcan y sean operadas o administradas por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios.

La prueba de responsabilidad financiera exigida en el párrafo primero de este artículo deberá radicarse en la Junta Dental Examinadora o en el Tribunal Examinador de Médicos, en el caso de los profesionales de servicios de salud, según corresponda, y en el Departamento de Salud, en el caso de las instituciones de cuidado de salud, no más tarde del 30 de junio de cada año y cubrirá la responsabilidad financiera del profesional de servicios de salud o de la institución de cuidado de salud, según sea el caso, para el año siguiente.

Ningún profesional de servicios de salud podrá ser incluido como parte demandada en una acción civil de reclamación de daños por culpa o negligencia por impericia profesional (*malpractice*) que cause en el desempeño de su profesión mientras dicho profesional de servicios de salud actúe en cumplimiento de sus deberes y fun-

ciones como empleado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios.

Todo profesional de servicios de salud e institución de cuidado de salud deberá demostrar su responsabilidad financiera para el año fiscal en que ejercerá sus funciones en una de las siguientes maneras:

(1) Establecer un fondo de garantía cuyo importe mínimo en el caso de un profesional de servicios de salud será, en todo momento, por la cantidad del límite agregado establecido como se dispone en este artículo y en el caso de las instituciones de cuidado de salud por la cantidad de un millón (1,000,000) de dólares. En ningún caso se podrá girar contra esas cantidades sin la previa autorización del Comisionado.

Las instituciones de cuidado de salud que se acojan a esta opción deberán cumplir además con las condiciones que a continuación se establecen y con aquellas otras que el Comisionado establezca mediante reglamento. El Comisionado podrá autorizar el que dos o más instituciones de cuidado de salud establezcan fondos de garantía en común, siempre y cuando también satisfagan los siguientes requisitos:

(a) Se deposite el fondo de garantía en un fideicomiso creado de acuerdo con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(b) El fideicomiso invierta dichos fondos en valores autorizados por este Código para los aseguradores del país.

(c) El fideicomiso acredite al fondo de garantía el ingreso devengado como resultado de sus inversiones.

(d) Se reponga cualquier suma que se requiera para que el fondo de garantía mantenga el nivel mínimo requerido, en caso de efectuarse desembolsos para el pago de reclamaciones.

(e) El fideicomiso utilice el fondo de garantía única y exclusivamente para el pago de reclamaciones por responsabilidad profesional médico-hospitalaria y para los gastos inherentes a dichas reclamaciones.

(f) Se establezca un plan de administración de riesgos, con énfasis en aspectos de prevención de pérdidas, aprobado por el Comisionado, quien podrá autorizar el que dos o más instituciones establezcan fondos de garantía en común, siempre y cuando satisfagan todos los requisitos aquí establecidos.

(2) Haber obtenido de un asegurador que participe del mercado de libre competencia, o del Sindicato, un seguro de responsabilidad

profesional médico-hospitalaria por los límites establecidos como se dispone en este artículo. Dicho contrato de seguro contendrá una disposición a los efectos de que el asegurador o el Sindicato notificará previamente a la Junta Dental Examinadora, al Tribunal Examinador de Médicos o al Secretario de Salud, según sea el caso, la cancelación o terminación del seguro.

(3) Cualquier combinación de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria con un fondo de garantía, que satisfaga los requisitos mínimos aquí establecidos.

(4) Si un profesional de servicios de salud o institución de cuidado de salud no cumple con las disposiciones sobre responsabilidad financiera establecida en este artículo, la Junta o Tribunal Examinador correspondiente o el Secretario de Salud, según sea el caso, tomarán la acción específicamente dispuesta en ley para estos casos.

Artículo 41.060.—Informe al Comisionado.

Los aseguradores que participen del mercado de libre competencia así como el Sindicato deberán someter a la Oficina del Comisionado de Seguros, en la forma requerida por éste, informes semestrales de todas y cada una de las reclamaciones, resoluciones de los tribunales, adjudicaciones y transacciones judiciales y extrajudiciales que por concepto de daños por culpa o negligencia por impericia profesional (*malpractice*) fueran tramitadas. Esta información deberá radicarse en la Oficina del Comisionado de Seguros en o antes del mes siguiente a la terminación del semestre anterior. El Comisionado a su vez remitirá copia de dichas resoluciones y adjudicaciones y transacciones, dentro de los treinta (30) días de haberlas recibido, al Secretario de Salud y al Tribunal o Junta Examinadora de los profesionales de servicios de salud, según sea el caso, para que tomen la acción que en ley corresponda contra los profesionales de servicios de salud o las instituciones de cuidado de salud. El incumplimiento de este requisito será sancionado por el Comisionado de Seguros de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 3.210 de esta ley.⁴⁴

Artículo 41.070.—Informe a la Asamblea Legislativa.

En vista del interés público del cual está revestido el seguro de responsabilidad médico-hospitalaria, el Comisionado radicará anualmente ante la Asamblea Legislativa, un informe sobre los resultados

operacionales en esta línea de seguros en forma individual y agregada de los aseguradores que participan del mercado de libre competencia y del Sindicato. Dicho informe deberá incluir una evaluación de las operaciones y de la forma en que los aseguradores que forman parte del mercado de libre competencia y el Sindicato están atendiendo las necesidades de los profesionales de la salud y de las instituciones de cuidado de salud. Igualmente deberá notificar cualquier problema que pueda afectar seriamente los intereses de los participantes y asegurados y advertir de cualesquiera medidas legislativas que deban considerarse para proteger la integridad operacional y financiera del Sindicato.”

Sección 2.—Se deroga el Capítulo 41 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada,⁴⁵ conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico” y consecuentemente se suprimen la Asociación de Suscripción Conjunta y la Administración del Fondo de Compensación al Paciente.

Sección 3.—

El negocio activo en los libros de la Asociación de Suscripción Conjunta se cancelará y se remitirán las pólizas al Sindicato, al cual se transferirán las primas no devengadas, disponiéndose de las reservas y obligaciones en la forma que prescriba el Comisionado de Seguros. Se transfieren a la Oficina del Comisionado de Seguros los fondos, récords, equipo y propiedad que estén utilizándose o que hayan sido asignados para utilizarse por la Administración del Fondo de Compensación al Paciente, entendiéndose que el Sindicato no asume responsabilidad financiera por concepto de reclamaciones radicadas contra la suprimida Administración del Fondo de Compensación al Paciente. Disponiéndose, que de los fondos asignados a la Administración del Fondo de Compensación al Paciente mediante la Ley Núm. 44 de 25 de junio de 1986,⁴⁶ se autoriza a transferir al Sindicato una cantidad no mayor de quinientos mil (500,000) dólares, sujeto a lo dispuesto en la Sección 5 de esta ley.

El Gobernador queda autorizado para adoptar aquellas medidas transitorias y tomar las decisiones que fueren necesarias a los fines de que se efectúen las transferencias ordenadas por esta ley.

Todo procedimiento pendiente ante la Administración del Fondo de Compensación al Paciente o ante cualquier agencia o tribunal, a la fecha de aprobación de esta ley, y que se haya iniciado conforme

⁴⁵ 26 L.P.R.A. secs. 4101 a 4116.

⁴⁶ 26 L.P.R.A. sec. 4101 nt.

⁴⁴ 26 L.P.R.A. sec. 321.

a las disposiciones del Capítulo 41 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, enmendada,⁴⁷ que se deroga en la Sección 2 de esta ley, se continuará tramitando por el Comisionado de Seguros hasta que recaiga una determinación final de acuerdo con las leyes y reglamentos en vigor a la fecha en que tales procedimientos se hayan presentado o iniciado. A estos efectos el Comisionado de Seguros tendrá todos los poderes, facultades y prerrogativas de los cuales goza la Administración del Fondo de Compensación al Paciente.

Ninguna disposición de esta ley se entenderá como que modifica, altera o invalida cualquier acuerdo, convenio, reclamación o contrato que los funcionarios responsables de las funciones y programas por esta ley transferidos hayan otorgado y que estén vigentes al entrar en vigor la misma.

Sección 4.—Se enmienda el inciso (1) del Artículo 7.021 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957 enmendada,⁴⁸ conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, para que se lea como sigue:

“Artículo 7.021.—Exención de Contribución a Aseguradores del País que Mantengan Oficina Matriz en Puerto Rico.

(1) Todo asegurador del país que mantenga una oficina matriz en Puerto Rico como más adelante se definen y el Sindicato de Aseguradores según se define en el Artículo 41.020 de este Código,⁴⁹ estarán exentos del pago de la contribución sobre primas y rentas anuales que se establece en el Artículo 7.020.⁵⁰ Los aseguradores así exentos no vendrán obligados a cumplir con las disposiciones de los Artículos 7.030 y 7.040.”⁵¹

Sección 5.—

Se asigna al Sindicato de Aseguradores para Suscribir Seguros de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria, de fondos no comprometidos del Tesoro Estatal, la cantidad de un millón de dólares (\$1,000,000), como capital inicial para gastos de organización y administración. La cantidad aquí asignada tiene la naturaleza de un anticipo y será desembolsada a razón de quinientos mil (500,000) dólares en el año fiscal 1986-87 y el remanente en cualquier año fiscal posterior, previa certificación de la necesidad de los recursos por la Junta de Directores del Sindicato, endosado por el Comisio-

⁴⁷ 26 L.P.R.A. sec. 4101 nt.

⁴⁸ 26 L.P.R.A. sec. 702a.

⁴⁹ 26 L.P.R.A. sec. 4102.

⁵⁰ 26 L.P.R.A. sec. 702.

⁵¹ 26 L.P.R.A. secs. 703 y 704.

nado de Seguros. Las sumas desembolsadas serán devueltas al Fondo General, cuando el Comisionado determine que la situación financiera del Sindicato lo permita, pudiéndose efectuar tal pago en abonos parciales. La Junta de Directores del Sindicato conjuntamente con el Comisionado determinará la forma y tiempo de dichos abonos parciales.

Sección 6.—Esta ley empezará a regir inmediatamente después de su aprobación a los efectos de los procedimientos de organización y de constitución del Sindicato, al igual que respecto de la asignación de fondos dispuesta en la Sección 6 de esta ley, pero sus restantes disposiciones entrarán en vigor el 1ro. de marzo de 1987.

Aprobada en 30 de diciembre de 1986.

Ley Especial de Sustento de Menores

(P. del S. 1013)

(Reconsiderado)

[NÚM. 5]

[Aprobada en 30 de diciembre de 1986]

LEY

Para establecer una Ley Especial de Sustento de Menores; crear el Programa de Sustento de Menores bajo jurisdicción y administración del Secretario del Departamento de Servicios Sociales; concederle facultades y poderes y establecer sus responsabilidades; disponer medidas para asegurar la efectividad del pago de las pensiones alimenticias, extender su utilización a casos en que el Departamento no intervenga o sea parte y establecer penalidades; enmendar las secciones 2, 9, 32, 33, 34, 35, 36 y 37 a la Ley Núm. 71 del 20 de junio de 1956, enmendada, conocida como “Ley Uniforme de Reciprocidad para la Ejecución de Obligaciones sobre Alimentos”, con el propósito de armonizarla a esta ley especial; derogar la Regla 60.1 de las de Procedimiento Civil de 1979, según enmendadas; derogar los Artículos 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, y 30 de la Ley Núm. 171 de 30 de junio de 1968, según enmendada, conocida como “Ley Orgánica del Departamento de Servicios Sociales”; reenumerar los Artículos 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Núm. 171 de