

Código Civil—Divorcio; Reciprocidad de Derechos; Alimentos
(P. de la C. 1066)

[NÚM. 112]

[Aprobada en 2 de junio de 1976]

LEY

Para enmendar el Artículo 100 del Código Civil de Puerto Rico, Edición 1930.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Se enmienda el Artículo 100 del Código Civil de Puerto Rico, Edición 1930,⁸⁸ para que lea como sigue:

Si uno de los cónyuges no contase con suficientes recursos propios para vivir durante el juicio el Tribunal Superior ordenará al otro cónyuge que le pase una pensión alimenticia en proporción a los bienes de éste.

Sección 2.—Esta ley empezará a regir inmediatamente.

Aprobada en 2 de junio de 1976.

Seguros—Organizaciones de Servicios de Salud

(P. de la C. 1462)
(Conferencia)

[NÚM. 113]

[Aprobada en 2 de junio de 1976]

LEY

Para derogar el Artículo 1.071 y adicionar un nuevo Capítulo 19 a la Ley núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La economía de Puerto Rico ha estado en un continuo desarrollo acelerado y los costos de servicios médicos han aumentado en tal

⁸⁸ 31 L.P.R.A. sec. 343.

forma que hace necesario que el Gobierno del Estado Libre Asociado establezca una política clara y definida para garantizar unos servicios médicos y hospitalarios de primera calidad para la ciudadanía en general y respecto a aquellas entidades que ofrecen este tipo de servicio a la comunidad.

Al presente existen instituciones, tales como hospitales y asociaciones, que ofrecen estos servicios médico hospitalarios a cambio de una cantidad prefijada. Las instituciones, anteriormente mencionadas, están funcionando como unas compañías de seguros, pero sin embargo, se distinguen de las compañías de seguros en cuanto a que estas últimas solamente se dedican a reembolsar o pagar los gastos incurridos cuando las primeras, además de cobrar una prima, ofrecen efectivamente los servicios médico hospitalarios. Debido a esta forma de operar se hace necesario que se establezca una legislación especial para una reglamentación adecuada.

Es la intención de esta legislación garantizar una supervisión efectiva a través de un representante del poder ejecutivo, siendo éste el Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, quien junto a la colaboración directa del Secretario de Salud velará por el buen funcionamiento del organismo creado o existente para prestar los servicios médico hospitalarios por medio de planes médicos o planes similares.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1.—Se adiciona un Capítulo 19 a la Ley núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada,⁸⁹ conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

CAPÍTULO 19

Artículo 19.010.—Título.

Esta ley se conocerá como la “Ley de Organizaciones de Servicios de Salud” y podrá citarse como tal.

Artículo 19.020.—Definiciones.

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

(1) “Servicios Básicos de Cuidado de Salud”—significa los servicios de cuidado de salud que puedan ser requeridos por los miembros suscritores con el fin de mantener el mejor estado de salud

⁸⁹ 26 L.P.R.A. secs. 1901 a 1928.

físico y mental, que sean contratados entre el suscriptor y la organización.

(2) "Suscriptor"—significa un individuo que se haya registrado en un plan de cuidado de la salud.

(3) "Evidencia de Cubierta"—significa cualquier certificado, acuerdo o contrato emitido a un suscriptor acreditando dicho hecho y, estableciendo las cubiertas a las que tiene derecho.

(4) "Plan de Cuidado de Salud"—significa el grupo de servicios de salud cubiertos en el convenio entre el suscriptor y la persona que se compromete a proveer o reembolsar parte de la totalidad de los costos de cualquier servicio de salud. El plan consistirá primordialmente en proveer servicios de salud, a distinción de la mera indemnización por el costo de dichos servicios, sobre una base pre-pagada a través de un seguro o de otra manera.

(5) "Servicios de Cuidado de Salud"—significa cualquier servicio incluido para proveerle a cualquier individuo cuidado médico o dental u hospitalización o servicios incidentales a la prestación de dicho cuidado u hospitalización.

(6) "Organizaciones de Servicios de Salud"—significa cualquier persona que se obligue a proveer o hacer arreglos para proveer uno o más planes de cuidado de salud.

(7) "Proveedor"—significa cualquier médico, hospital o cualquiera otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud.

Artículo 19.030.—Autorización requerida de organizaciones de servicios de salud.

(1) Ninguna persona podrá establecer u operar una organización de servicios de salud en Puerto Rico, excepto como lo permitiese una autorización otorgada por el Comisionado siempre y cuando el solicitante cumpla con las disposiciones de este Capítulo y con las disposiciones de la Ley 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.⁹⁰

Las corporaciones extranjeras podrán solicitar el correspondiente certificado de autoridad siempre y cuando cumplan con las disposiciones de este Capítulo y estén debidamente registradas en el Departamento de Estado de acuerdo con la ley que rige el establecimiento de las corporaciones en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y cumpla con las disposiciones de la Ley 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.

⁹⁰ 24 L.P.R.A. secs. 331 a 333p.

(2) Toda organización de servicios de salud, que a la fecha de efectividad de esta ley, preste servicios de salud deberá someter una solicitud para un certificado de autoridad según lo dispuesto en el inciso (3) de este artículo dentro de ciento ochenta (180) días, a partir de la fecha de efectividad de esta ley. Cada uno de los solicitantes puede continuar operando hasta que el Comisionado apruebe la solicitud. En la eventualidad de que el Comisionado deniegue la solicitud en virtud de las disposiciones del Artículo 19.040,⁹¹ el solicitante será considerado como una organización de servicios de salud cuyo certificado ha sido revocado.

(3) La solicitud para un certificado de autoridad será juramentada por un oficial o representante autorizado del solicitante, se hará en los formularios que prescriba el Comisionado y se acompañará con los siguientes documentos:

(a) Copia del documento de organización, si alguno, del solicitante tales como certificados de incorporación, de asociación, sociedad, acuerdo de fideicomiso u otro documento aplicable y sus enmiendas.

(b) Copia de los estatutos corporativos o documento similar, si alguno, que reglamente los asuntos internos del solicitante.

(c) Una lista de los nombres, direcciones y posición oficial de las personas responsables de los asuntos del solicitante, incluyendo los miembros de la junta de directores, junta de fideicomisarios, comité ejecutivo, o cualquier junta de gobierno o comité, los oficiales principales, y los socios o miembros en el caso de una sociedad o asociación.

(d) Una copia de cualquier contrato utilizado o a utilizarse entre el proveedor o personas enumeradas en el párrafo (c) de este artículo y el solicitante.

(e) Un resumen describiendo la organización de servicios de salud, su plan o planes de cuidado de salud, facilidades y personal; Disponiéndose que el solicitante demostrará con prueba fehaciente al Comisionado que las facilidades y el personal son suficientes para proveer un servicio de alta calidad a los suscriptores.

(f) Una copia del formulario de evidencia de cubierta a ser emitida a los suscriptores.

(g) Una copia del formulario del contrato individual así como el grupal, si alguna, a ser emitida a los empleados, uniones, fideicomisarios u otra organización.

⁹¹ 26 L.P.R.A. sec. 1904.

(h) Estado financiero demostrativo de los activos y pasivos del solicitante al 31 de diciembre precedente; y el procedimiento utilizado para levantar su capital.

(i) Una descripción del método a utilizarse para mercadear el plan, un plan financiero que incluirá una proyección para tres años de los resultados operacionales iniciales anticipados, y un estado de la fuente de capital de operaciones, así como también de cualquier otra fuente para fondos operacionales.

(j) Un poder debidamente otorgado por el solicitante, si no está domiciliado en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo, y al Subcomisionado debidamente autorizados, como el apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que surgen contra éste en Puerto Rico.

(k) Un resumen describiendo el área geográfica o áreas en la que la organización prestará sus servicios.

(l) Una descripción del procedimiento a ser utilizado para la tramitación de las querellas, según se dispone en el Artículo 19.120.⁹²

(m) Una descripción de los procedimientos y programas a ser implantados para cumplir con los requisitos de calidad de servicios establecidos en el Artículo 19.040(1) (a), (b).⁹³

(n) Una descripción del mecanismo mediante el cual se le concede a los suscriptores oportunidad de participar en la dirección y operación de la organización según se dispone en el Artículo 19.060(2).⁹⁴

(o) Cualquier otra información que el Comisionado pueda requerir para hacer las determinaciones requeridas en el Artículo 19.040.⁹⁵

(4) (a) Una organización de servicios de salud deberá radicar ante el Comisionado, cualquier cambio en las operaciones establecidas en la información requerida en el inciso (3) de este artículo. Dicha radicación deberá hacerse con no menos de treinta (30) días de anticipación previo al cambio de operaciones. Al expirar dichos treinta días de su radicación, se considerará aprobado a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. El Comisionado previa notificación podrá prorrogar por no más de treinta (30) días adicionales el período dentro del

⁹² 26 L.P.R.A. sec. 1912.

⁹³ 26 L.P.R.A. sec. 1904(1) (a), (b).

⁹⁴ 26 L.P.R.A. sec. 1906(2).

⁹⁵ 26 L.P.R.A. sec. 1904.

cual puede aprobar o desaprobar afirmativamente dicho cambio en las operaciones.

(b) El Comisionado podrá promulgar reglas y reglamentos para exceptuar de la radicación requerida en el párrafo (a) de este inciso aquellas partidas que considere innecesarias.

Artículo 19.040.—Emisión del certificado de autoridad.

(1) (a) Al recibir una solicitud para la expedición de un certificado de autoridad, el Comisionado enviará inmediatamente al Secretario de Salud copia de dicha solicitud y de los documentos que se acompañan.

(b) Con relación a los servicios de cuidado de salud, a ser provistos por el solicitante para un certificado de autoridad, el Secretario de Salud determinará si:

I. Tiene la capacidad, el personal y las facilidades adecuadas para asegurar que los servicios de cuidado de salud se prestarán en una forma que garantice la disponibilidad, accesibilidad y la continuidad de servicios.

II. Llene los requisitos establecidos en los reglamentos que promulgue o haya promulgado el Secretario de Salud, para asegurar la calidad continua del programa de cuidado de salud en cuanto a sus procedimientos y resultados.

III. Tiene establecido un procedimiento de acuerdo con la reglamentación del Secretario de Salud para desarrollar, recopilar, evaluar e informar estadísticas relacionadas con el costo de las operaciones, el patrón de utilización de los servicios, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, y cualquier otro asunto relacionado que razonablemente pueda requerir el Secretario de Salud.

IV. Todo solicitante deberá cumplir con las disposiciones de la Ley 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada,⁹⁶ lo cual deberá ser informado por el Secretario de Salud al Comisionado.

(c) Dentro de treinta (30) días de recibo de la solicitud para la expedición de un certificado de autoridad, el Secretario de Salud certificará al Comisionado si la organización de servicios de salud reúne los requisitos, especificará en qué aspectos es deficiente.

(2) El Comisionado podrá expedir o denegar un certificado de autoridad a cualquier persona que radique una solicitud según lo

⁹⁶ 24 L.P.R.A. secs. 331 a 333p.

dispuesto en el Artículo 19.030⁹⁷ dentro de noventa (90) días de haber recibido la certificación del Secretario de Salud. La emisión del certificado de autoridad se concederá sujeto al pago de los derechos de solicitud que se establece en el Artículo 19.230⁹⁸ siempre que el Comisionado determine que el solicitante cumple con los siguientes requisitos:

(a) Que las personas responsables de la dirección de los asuntos de la organización de servicios de salud sean competentes, confiables y gocen de buena reputación;

(b) Que el Secretario de Salud certifique de acuerdo con lo dispuesto en el inciso (1), que el plan de operaciones propuesto por la organización de servicios de salud reúne los requisitos establecidos en el inciso (1) (b);

(c) Que el plan de cuidado de salud constituya un mecanismo apropiado mediante el cual la organización de servicios de salud, proveerá efectivamente o hará arreglos para proveer los servicios básicos de cuidado de salud, sobre bases pre-pagadas, ya sea a través de un seguro o de otro medio que haya sido previamente aprobado por el Comisionado de Seguros.

(d) Que la organización de servicios de salud posee solidez financiera. Al hacer esta determinación el Comisionado podrá considerar:

I. La solidez financiera del plan de cuidado de salud en cuanto a los servicios que va a proveer y las tarifas que fijará para dichos servicios.

II. La adecuación del capital operacional.

III. Cualquier acuerdo con un asegurador, con un hospital o corporación de servicios médicos, el estado, o cualquier otro tipo de organización, para asegurar el pago del costo de los servicios de salud o las disposiciones para la aplicación automática de una cubierta sustituta en la eventualidad de que se descontinúe el plan.

IV. Cualquier acuerdo con los proveedores para ofrecer servicios de cuidado de salud; y

V. Cualquier fianza de garantía o depósito en efectivo o en valores sometido de acuerdo con la disposición en el Artículo

⁹⁷ 26 L.P.R.A. sec. 1903.

⁹⁸ 26 L.P.R.A. sec. 1923.

19.140⁹⁹ como garantía de que las obligaciones habrán de cumplirse.

(e) Que a los suscritores se les conceda la oportunidad de participar en la dirección y operación de la organización de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19.060¹

(f) Que el propuesto método de operación no sea contrario al interés público, según lo demuestre la información sometida al Comisionado de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19.030² ó por investigaciones independientes; ordenadas por el Comisionado; y

(g) Que cualquiera de las deficiencias señaladas por el Secretario de Salud hayan sido corregidas.

(3) Un certificado de autoridad sólo podrá denegarse luego de haber cumplido con los requisitos establecidos en el Artículo 19.210.³

Artículo 19.050.—Poderes de la organización de servicios de salud.

(1) Los poderes de una organización de servicios de salud incluirán, pero no estarán limitados a:

(a) La compra, arrendamiento, construcción, renovación, operación, mantenimiento de hospitales, facilidades médicas, o ambas, y equipo relacionado y aquella propiedad que razonablemente se pueda requerir para su oficina principal o para aquellos otros propósitos que sean necesarios para la organización;

(b) Conceder préstamos a grupos médicos bajo contrato con la organización para asistirlos exclusivamente en aquellos programas que estén relacionados con el contrato; o conceder préstamos a una corporación o corporaciones bajo su control con el propósito de adquirir o construir facilidades médicas y hospitalarias o que la asistan en su programa para proveer servicios de cuidado de salud a los suscritores;

(c) Ofrecer servicios de cuidado de salud a través de proveedores que estén bajo contrato con, o empleados por la organización de servicios de salud;

(d) Contratar con cualquier persona para llevar a cabo en su nombre ciertas funciones tales como mercadeo, suscripción y administración;

(e) Contratar con una compañía de seguros autorizada en Puerto Rico, o con un hospital o corporación de servicios médicos

⁹⁹ 26 L.P.R.A. sec. 1914.

¹ 26 L.P.R.A. sec. 1906.

² 26 L.P.R.A. sec. 1903.

³ 26 L.P.R.A. sec. 1921.

autorizada para hacer negocios en Puerto Rico, con el fin de proveer seguros, indemnización o reembolso por los costos de los servicios de cuidado de salud ofrecidos por la organización de servicios de salud;

(f) Ofrecer los siguientes servicios, en adición a los servicios básicos de cuidado de salud:

I. Servicios adicionales de cuidado de salud.

II. Beneficios de indemnización cubriendo servicios de emergencia o servicios que se presten fuera del área geográfica en donde normalmente se presten servicios.

III. Beneficios de indemnización, en adición a aquellos descritos en el párrafo de este sub-inciso y servicios de emergencia, prestados a través de aseguradores u hospitales o corporaciones de servicios médicos.

(2) (a) Una organización de servicios de salud, previo a ejercitar cualquiera de los poderes conferidos en el inciso (1) (a) o (b) de este artículo notificará al Comisionado la información adecuada que justifique el ejercicio de dichos poderes. El Comisionado podrá desaprobado el ejercicio de cualquiera de dichos poderes si en su opinión afectan sustancialmente la situación financiera de la organización de servicios de salud y le impide cumplir con sus obligaciones. Si el Comisionado no lo desaprueba dentro de los treinta (30) días posteriores a su radicación se considerará aprobado.

(b) El Comisionado puede promulgar la reglamentación adecuada para exceptuar del requisito establecido en el párrafo (a) de este inciso aquellas actividades que tengan efectos mínimos.

Artículo 19.060.—Junta de Directores.

(1) La Junta de Directores de cualquier organización de servicios de salud, debe incluir a los proveedores, personas particulares o ambos.

(2) Dicha Junta de Directores establecerá un procedimiento que permita a los suscriptores la oportunidad de participar en la dirección y operación de la organización de servicios de salud estableciendo comisiones asesoras, el uso de asesoramiento por consulta o el uso de cualquier otro procedimiento en las decisiones fundamentales. Dichos procedimientos deberán ser sometidos al Comisionado para su aprobación con anterioridad a su utilización.

Artículo 19.070.—Responsabilidad fiduciaria.

Cualquier director, oficial o socio de una organización de servicios de salud que reciba, recaude, desembolse o invierta fondos rela-

cionados con las actividades de dicha organización, será fiduciariamente responsable por los fondos recibidos de los suscriptores.

Artículo 19.080.—Evidencia de cubierta y cargos por servicios de salud.

(1) (a) Cada suscriptor tiene derecho a una evidencia de cubierta bajo un plan de salud. Si el suscriptor obtiene una cubierta bajo un plan de cuidado de salud a través de una póliza de seguro o de un contrato emitido por un hospital o corporación de servicios médicos, ya sea por opción o de otra forma, el asegurador o el hospital o corporación de servicios médicos emitirán la evidencia de cubierta. De lo contrario la organización de servicio de salud emitirá la evidencia de cubierta.

(b) Ningún formulario de evidencia de cubierta o enmienda a los mismos se emitirá o entregará a cualquier persona en Puerto Rico a menos que previamente haya sido presentada al Comisionado y aprobado por éste. Cada una de dichas presentaciones deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación a la expedición, entrega o uso. Al expirar dichos sesenta (60) días, el formulario presentado se considerará aprobado a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. El Comisionado podrá prorrogar por no más de sesenta (60) días el período dentro del cual puede aprobar o desaprobado afirmativamente dicho formulario, dando aviso de tal prórroga antes de expirar el período inicial de sesenta días.

(c) La evidencia de cubierta contendrá:

I. Disposiciones que no sean inciertas, injustas, discriminatorias, engañosas, desleales, o que conduzcan a falsas representaciones según se definen en el Artículo 19.150(1).⁴

II. Una relación completa del contrato, o un resumen si se trata de un certificado de:

A. Los servicios de cuidado de salud, el seguro y otros beneficios, si algunos, a los cuales el suscriptor tenga derecho bajo un plan de cuidado de salud.

B. Cualquier limitación sobre los servicios, clases de servicios, beneficios o clases de beneficios, a ofrecerse, incluyendo cualquier deducible o co-pagos.

C. Dónde y en qué forma existe la información disponible sobre cómo obtener los servicios.

⁴ 26 L.P.R.A. sec. 1915(1).

D. Con relación a los contratos individuales, el costo si alguno, que viene obligado a pagar el suscriptor por los servicios de cuidado de salud y los beneficios por indemnización o servicios. Con relación a los certificados de planes de grupo una indicación de si el plan es contributivo o no contributivo; y

E. Una descripción clara y sencilla del método utilizado por la organización de servicios de salud para las querellas de los suscriptores.

Cualquier cambio subsiguiente puede ser evidenciado en un documento separado que se enviará a los suscriptores.

(d) Una copia del formulario de evidencia de cubierta a ser usada en Puerto Rico, y cualquier enmienda a éste, deberá ser radicada y aprobada según se requiere en el párrafo (b) del inciso (1) de este artículo a menos que estén sujetas a la aprobación del Comisionado bajo las leyes que reglamentan el seguro de salud, en cuyo caso las disposiciones para la radicación y aprobación de dicha legislación serán las aplicables. Hasta donde dichas disposiciones no se apliquen a los requisitos del párrafo (c) éstos serán aplicables.

(2)(a) Toda organización de servicios de salud deberá inscribir ante el Comisionado antes de aplicarlas en Puerto Rico, las tarifas a ser utilizadas con cualquier plan de cuidado de salud. Ninguna inscripción surtirá efecto hasta sesenta (60) días después de la fecha de su presentación al Comisionado, pudiéndose prorrogar dicho período por el Comisionado por un término adicional que no excederá de sesenta (60) días, si el Comisionado lo notifica a la persona que hizo la presentación dentro de dicho período de espera.

(b) Dichas tarifas deberán ser establecidas de acuerdo con los principios actuariales para varias categorías de suscriptores; Disponiéndose que los cargos aplicables a un suscriptor no se determinarán individualmente basándose en la condición de salud. Las tarifas no serán excesivas, inadecuadas o discriminatorias. Una certificación, por un actuario cualificado, sobre la adecuación de las tarifas, basadas en asunción razonable, deberá de acompañar la radicación de las tarifas junto con la información adecuada en apoyo de la petición.

(3) El Comisionado deberá, dentro de un tiempo razonable, aprobar cualquier forma si los requisitos del inciso (1) se cumplen;

y de cualquier tarifa, si se cumple con los requisitos del inciso (2). Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de treinta (30) días, a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista según se dispone en el Artículo 2.220 de este Código.⁵ Transcurridos sesenta (60) días a partir de la radicación del formulario o la tarifa, se considerarán aprobadas a menos que el Comisionado las haya aprobado o desaprobado afirmativamente mediante orden al efecto.

(4) Para determinar si aprueba o desaprueba un formulario o tarifa radicado según se dispone en este artículo, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

Artículo 19.090.—Informe Anual.

(1) Cada organización de servicios de salud, deberá presentar anualmente al Comisionado, con copia al Secretario de Salud, en o antes del 31 de marzo, un estado exacto certificado por un contador público autorizado y suscrito bajo juramento por dos de sus principales funcionarios, cubriendo el año precedente.

Dicho informe se hará en los formularios que prescriba el Comisionado e incluirá:

(a) La situación económica de la organización, incluyendo un estado de situación, estado de ganancias y pérdidas y estado de fuentes y aplicación de fondos por el año precedente, certificado por un contador público autorizado.

(b) Cualquier cambio material de la información sometida en virtud del Artículo 19.030(3).⁶

(c) El número de personas suscritas durante el año, el número de los suscriptores al final del año y el número de suscriptores terminados durante el año.

(d) Un resumen de la información recopilada en virtud del Artículo 19.040(1)(b)(iii)⁷ en la forma que requiera el Secretario de Salud; y

(e) Cualquier otra información relacionada con la organización de servicios de salud que sea necesaria para permitir al Comisionado llevar a cabo sus deberes bajo esta ley.

⁵ 26 L.P.R.A. sec. 222.

⁶ 26 L.P.R.A. sec. 1903(3).

⁷ 26 L.P.R.A. sec. 1904(1)(b)(iii).

Artículo 19.100.—Información a los suscritores.

Cada organización de servicios de salud proveerá anualmente a sus suscritores, si así lo solicitaren:

- (1) Copia de los estados financieros anuales.
- (2) Una descripción de la organización y de las operaciones del plan de cuidado de salud y un resumen de cualquier cambio ocurrido desde el último informe.
- (3) Una descripción de los servicios e información sobre cómo y cuándo se pueden obtener los mismos, y
- (4) Una descripción clara y detallada del método que utiliza la organización para resolver las querellas de los suscritores.

Artículo 19.110.—Registro abierto.

(1) Luego que la organización de servicios de salud haya operado por 24 meses, podrá tener anualmente un período de suscripción de por lo menos un mes durante el cual podrá aceptar nuevos suscritores, hasta el límite de su capacidad, según se determine por la organización de servicios de salud, en el orden en que se solicita suscripción. Una organización de servicios de salud puede solicitar al Comisionado autorización para imponer aquellas restricciones en la aceptación de solicitudes de suscripción necesarias para conservar su estabilidad financiera con el fin de prevenir una excesiva y adversa selección de los prospectos suscritores, o evitar cargos irrazonablemente altos y no mercadeables de la cubierta de servicios de cuidado de salud. El Comisionado podrá aprobar o denegar dicha solicitud dentro de treinta (30) días de haberse radicado por la organización de servicios de salud.

(2) La organización de servicios de salud que provea servicios exclusivamente para grupos puede limitar la suscripción abierta que se establece en el inciso (1) de este artículo para todos los miembros del grupo o grupos cubiertos por dicho contrato.

Artículo 19.120.—Sistema de querellas.

(1)(a) Toda organización de servicios de salud mantendrá un sistema de querellas aprobado por el Comisionado previa consulta con el Secretario de Salud, el cual establecerá un procedimiento razonable para la tramitación y solución de las querellas radicadas por escrito y relacionadas con los servicios prestados. Dicho sistema incluirá la designación de un Comité de Querellas el cual no excederá de cinco miembros y en el cual estarán representados los suscritores de contratos individuales y los suscritores de los diferentes planes grupales. La composición de dicho comité represen-

tará justamente a los suscritores de contratos individuales, de planes grupales y proveedores.

(b) Cada organización deberá someter al Comisionado y al Secretario de Salud un informe anual, en la forma prescrita por el Comisionado, previa consulta con el Secretario de Salud, el cual incluirá:

I. Una descripción del procedimiento del sistema de querellas;

II. El número total de quejas tramitadas a través de dicho sistema y una relación de las causas que ocasionaron fundamentalmente las querellas; y

III. El número, cuantía y disposición de quejas de *mal-practice*, terminadas durante el año por la organización de servicios de salud y cualquier otro proveedor usado por la organización de servicios de salud.

(2) La organización de servicios de salud mantendrá récords de las querellas recibidas por ellos y someterá al Comisionado un resumen en el tiempo y en la forma que el Comisionado pueda requerir. Las querellas que envuelvan otras personas se referirán a éstas con copia al Comisionado.

(3) El Comisionado o el Secretario podrá examinar el sistema de querellas.

Artículo 19.130.—Inversiones.

Con excepción de las inversiones que se hagan de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19.050 (1) (a) y (b), y Artículo 19.050 (2),⁸ la inversión de sus fondos que pueda hacer la organización de servicios de salud se hará solo en valores u otras inversiones permitidas por las leyes de Puerto Rico para la inversión de activos que constituyen la reserva legal de compañías de seguros de vida o aquellos otros valores o inversiones que el Comisionado pueda permitir.

Artículo 19.140.—Protección contra insolvencia.

Como garantía de que las obligaciones para con el suscriptor se cumplan, cada organización de servicios de salud depositará anualmente con el Comisionado en activos elegibles según se dispone en el Artículo 8.020,⁹ una cantidad no menor del cinco (5) por ciento del total de beneficios pagados durante el año natural precedente.

⁸ 26 L.P.R.A. sec. 1905(1)(a), (b) y (2).

⁹ 26 L.P.R.A. sec. 802.

Dichos depósitos deberán acumularse hasta que los mismos sean equivalentes al treinta y cinco (35) por ciento del total de beneficios pagados durante el año natural anterior inmediato o la cantidad de \$300,000, la que sea menor. Para el primer año el depósito inicial será de \$25,000 ó la cantidad de cuarenta mil (40,000) dólares, la que sea menor.

Artículo 19.150.—Prácticas prohibidas.

(1) Ninguna organización de servicios de salud o su representante, podrá usar o permitir el uso de anuncios inciertos o engañosos, solicitudes que sean inciertas o engañosas o cualquier formulario de evidencia de cubierta que sea engañosa. Para propósitos de esta ley:

(a) Una declaración o artículo informativo puede ser considerada como incierta si la misma no corresponde a hechos que son o pueden ser significativos para el suscriptor o persona que interese acogerse a un plan de servicios de cuidado de salud.

(b) Una declaración o artículo informativo se considerará incierta si en el contexto total en donde se hace dicha declaración o artículo puede ser entendido por una persona que no posea conocimiento especial sobre planes de salud como que indica cualquier beneficio o ventaja, o la ausencia de cualquier exclusión, limitación o desventaja que pueda ser significativo para un suscriptor o persona que esté considerando suscribirse en un plan, cuando de hecho no existe la ausencia de limitaciones, exclusiones o desventajas.

(c) La evidencia de cubierta se considerará como engañosa si en su totalidad, y tomando en consideración la tipografía y el formato, así como el lenguaje, le hace creer a una persona, que no posea conocimiento especializado sobre planes y evidencia de cubierta, que tiene beneficios, servicios, cargos u otras ventajas los cuales no surgen de la evidencia de cubierta o los cuales no son accesibles regularmente para los suscriptores bajo el plan de cuidado de salud que emite dicha evidencia de cubierta.

(2) Las disposiciones de este Código sobre prácticas desleales serán interpretadas para que apliquen a las organizaciones de servicios de salud, plan de cuidado de salud y evidencia de cubierta, hasta el límite que el Comisionado determine que las mismas le son aplicables a la organización de servicios de salud, planes de cuidado de salud y evidencia de cubierta.

(3) No se podrá cancelar, modificar o renovar la evidencia de cubierta a un suscriptor excepto por la falta de pago de las tarifas

para la cubierta, o por otras razones que determine el Comisionado, entendiéndose que existirá un período de gracia de treinta (30) días para realizar el pago.

(4) Ninguna organización, a menos que esté autorizada como asegurador, puede usar en su nombre, contrato o literatura ninguna de las palabras "seguro", "contingencia", "garantía", "mutua" o cualquier otra palabra descriptiva de seguro, contingencia o negocio de garantía o engañosamente similar al nombre o descripción de cualquiera corporación de seguros o garantía que haga negocios en Puerto Rico.

Artículo 19.160.—Reglamentación de agentes.

El Comisionado puede luego de notificación y vista, promulgar aquellas reglas y reglamentos razonables y necesarias para la emisión de licencias de agente. Un agente significa una persona que directa o indirectamente esté asociado con un plan y comprometido en la solicitud y suscripción. El solicitante deberá aprobar el examen requerido en el Artículo 9.110 de este Código.¹⁰ El derecho de licencia será de quince (15) dólares al año.

Artículo 19.170.—Poderes de los aseguradores y hospitales o Corporaciones de Servicios Médicos.

(1) Una compañía de seguros autorizada en Puerto Rico o un hospital o corporación de servicios médicos autorizado para hacer negocios en Puerto Rico, puede, ya sea directamente o a través de una subsidiaria o afiliada, organizar u operar una organización de servicios de salud bajo las disposiciones de esta ley. No obstante lo dispuesto en una ley o en parte de una ley que provea en contrario, dos o más compañías de seguros, hospital o corporación de servicios médicos o subsidiarias o afiliadas, pueden conjuntamente organizar y operar una organización de servicios de salud. Los negocios de seguros se consideran como que incluyen cuidados de salud por una organización de salud poseída u operada por una compañía de seguros o su subsidiaria.

(2) No obstante lo dispuesto en las leyes vigentes que rigen los seguros y los hospitales o corporaciones de servicios de salud, un asegurador o un hospital o corporación de servicios de salud puede contratar con una organización de salud para proveer un seguro o una protección similar contra el costo del servicio prestado a través de una organización de salud, y proveer cubierta en la eventua-

¹⁰ 26 L.P.R.A. sec. 911.

lidad de que la organización de servicio de salud fracase y no cumpla sus obligaciones. Los suscritores de una organización de salud constituyen un grupo permisible bajo dichas leyes. Entre otras cosas, bajo dichos contratos el asegurador, hospital o corporación de servicios médicos puede hacer pagos por beneficios a la organización de servicios de salud por los servicios prestados por el proveedor en virtud de un plan.

Artículo 19.180.—Exámenes.

(1) Para la protección del interés público, el Comisionado puede llevar a cabo, por lo menos cada tres años, un examen de los asuntos de cualquier organización de salud y proveedores con los cuales dicha organización tenga contratos, acuerdos u otros arreglos en virtud de sus planes.

(2) Para la protección del interés público, el Secretario de Salud realizará anualmente un examen relacionado con la calidad de los servicios de salud así como para determinar entre otras cosas la utilización de los servicios de cualquier organización de servicios de salud y proveedores, con los cuales dicha organización haya contratado en virtud de sus planes de cuidado de salud.

(3) Cada organización de servicios de salud o proveedor someterá sus libros y récords relacionados con el plan de cuidado de salud para examen y facilitará el mismo. Para propósitos de examen, el Comisionado y el Secretario de Salud pueden tomar juramentos y examinar a los oficiales y agentes de la organización y los oficiales de los proveedores relacionados con sus negocios.

(4) Los gastos de examen bajo este artículo se impondrán a la organización examinada y se remitirán al Comisionado o el Secretario de Salud dependiendo quien esté llevando a cabo el examen y se ingresarán al fondo general del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o lo que de otro modo dispusiere la Asamblea Legislativa.

(5) En el caso de una organización de servicios de salud extranjera en vez del examen requerido en el apartado (1) de este artículo, el Comisionado puede aceptar el informe de examen llevado a cabo por el Comisionado del estado de domicilio de dicha organización. El examen relacionado con la calidad de los servicios de salud según se dispone en el apartado (2) de este artículo será realizado por el Secretario de Salud de Puerto Rico.

Artículo 19.190.—Suspensión o revocación del certificado de autoridad.

(1) El Comisionado puede suspender o revocar un certificado de

autoridad emitido a una organización de salud bajo esta ley si encuentra que existen cualquiera de las condiciones siguientes:

(a) La organización de salud opera en contravención de sus documentos corporativos, su plan de cuidado de salud, o en otra forma contraria a la descrita y que se pueda razonablemente inferir de cualquiera otra información sometida bajo el Artículo 19.030,¹¹ a menos que se haya sometido una enmienda y sea aprobada por el Comisionado.

(b) La organización de salud utiliza una evidencia de cubierta o unas tarifas por servicios las cuales no cumplen con los requisitos del Artículo 19.080.¹²

(c) El plan de cuidado de salud no provee para servicios básicos de cuidado de salud.

(d) El Secretario de Salud certifique al Comisionado que:

I. La organización de servicios de salud no cumple con los requisitos del Artículo 19.040(1)(b);¹³ o

II. La organización de servicios de salud no puede cumplir con sus obligaciones para proveer servicios de cuidado de salud según se requiere bajo su plan de cuidado de salud.

(e) La organización de servicios de salud no puede responder financieramente y se espera que no pueda cumplir sus obligaciones para con los suscritores o prospectos suscritores.

(f) La organización de servicios de salud no ha podido implantar un mecanismo que permita a los suscritores una oportunidad para participar en la dirección y operaciones de la organización según se dispone en el Artículo 19.060.¹⁴

(g) La organización no ha podido implantar y/o implementar un sistema de querellas requerido bajo el Artículo 19.120¹⁵ de forma que pueda razonablemente tramitar o resolver las querellas.

(h) La organización o cualquier persona a su nombre, ha publicado o mercadeado sus servicios en una forma engañosa, desleal o mediante falsas representaciones.

(i) El continuar operando la organización sería peligroso para sus suscritores.

(j) La organización de otra forma fracasaría en cumplir sustancialmente con esta ley.

¹¹ 26 L.P.R.A. sec. 1903.

¹² 26 L.P.R.A. sec. 1908.

¹³ 26 L.P.R.A. sec. 1904(1)(b).

¹⁴ 26 L.P.R.A. sec. 1906.

¹⁵ 26 L.P.R.A. sec. 1912.

(2) Un certificado de autoridad puede ser suspendido o revocado, solamente luego de haber cumplido con lo dispuesto en el Artículo 19.220.¹⁶

(3) Cuando un certificado de autoridad de una organización de servicios de salud se suspende, la organización no podrá, durante el período de suspensión, aceptar ningún nuevo suscriptor excepto los recién nacidos y cualquier otro dependiente de un suscriptor existente, y tampoco se dedicará a ninguna publicidad o solicitud.

(4) Cuando un certificado de autoridad se revoca, la organización procederá inmediatamente después de la fecha de efectividad de la orden de revocación, a cesar sus operaciones, no llevará negocios excepto aquellos que sean necesarios para finalizar los asuntos de la organización. El Comisionado puede, mediante orden por escrito, permitir las operaciones subsiguientes de la organización si determina que será en beneficio de los suscriptores, con el fin de que éstos se les permita una mayor oportunidad para obtener la continuidad de la cubierta de cuidado de salud.

Artículo 19.200.—Rehabilitación, liquidación o conservación.

Cualquier rehabilitación, liquidación o conservación de la organización se considerará como la de una compañía de seguros y se conducirá bajo la supervisión del Comisionado en virtud de las disposiciones de este Código sobre rehabilitación, liquidación, o administración de compañías de seguros. El Comisionado puede solicitar del tribunal una orden para la rehabilitación, liquidación, u otro remedio que proceda bajo cualquiera de uno o más de los fundamentos que se establecen en el Artículo 40.020¹⁷ de este Código, o cuando en su opinión el continuar operando la organización sería perjudicial para los suscriptores o para el interés público.

Artículo 19.210.—Reglamentación y Procedimiento Administrativo.

El Comisionado puede, luego de notificación y vista, promulgar reglas y reglamentos razonables que sean necesarios para llevar a cabo las disposiciones de la ley.

(1) Cuando el Comisionado crea que existen fundamentos razonables para denegar la solicitud de un certificado de autoridad, o que el fundamento para la suspensión o revocación del certificado existe, notificará a la organización y al Secretario de Salud por escrito los fundamentos para denegar, suspender o revocar y fijará

¹⁶ 26 L.P.R.A. sec. 1922.

¹⁷ 26 L.P.R.A. sec. 4002.

un término de por lo menos treinta (30) días para la celebración de una vista.

(2) El Secretario de Salud o su representante, estará presente durante la vista ante el Comisionado y podrá participar en los procedimientos. Previa vista celebrada por el Secretario de Salud según lo dispuesto en la Ley 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada,¹⁸ las determinaciones hechas por éste sobre la calidad de los servicios prestados, en relación con cualquier decisión para la denegación, suspensión, revocación, serán concluyentes y obligatorias para el Comisionado.

(3) Luego de efectuada dicha vista, o por la incomparecencia de la organización a la vista, el Comisionado tomará la acción que considere conveniente mediante conclusiones por escrito, que enviará a la organización con copia al Secretario de Salud.

La acción del Comisionado y las recomendaciones y conclusiones del Secretario de Salud estará sujeta a revisión por el Tribunal Superior. El tribunal puede en la disposición de la controversia ante sí, notificar, confirmar o revocar la orden del Comisionado en todo o en parte.

Artículo 19.220.—Derechos.

(1) Cada organización de servicio sujeta a esta ley pagará al Comisionado los siguientes derechos:

(a) Por la radicación de solicitud de autorización cien (100) dólares.

(b) Certificado de autoridad, autorización original o renovación, expedición, doscientos cincuenta (250) dólares.

(c) Radicación del informe anual, cincuenta (50) dólares.

(2) Los derechos establecidos en este artículo se ingresarán al fondo general del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Artículo 19.230.—Penalidades adicionales por violaciones.

(1) En adición a la suspensión o revocación del certificado de autoridad o en lugar de la misma, a cualquier organización que violare una disposición de este Capítulo podrá imponérsele las penalidades prescritas para los aseguradores.

Artículo 19.240.—Interpretación de la ley y relación con otras leyes.

(1) Las disposiciones de la ley de seguros y las disposiciones de la ley que reglamenta los hospitales y las corporaciones de servicios

¹⁸ 24 L.P.R.A. secs. 331 a 333p.

médicos, que no hayan sido exceptuadas, regirán hasta donde apliquen a toda organización de servicios de salud a la que se le conceda un certificado de autoridad bajo esta ley. Las disposiciones anteriores no serán de aplicación a un asegurador organizado con arreglo a las disposiciones de este Código.

(2) La solicitud de suscriptores por una organización de salud o sus representantes a los que se le haya concedido un certificado de autoridad o sus representantes, no serán interpretados como que violan cualquier disposición de ley relacionada con la sollicitación y publicidad de profesionales de salud.

(3) Cualquier organización de servicios de salud autorizada por esta ley no se considerará que practica la medicina y estará exenta de las disposiciones relacionadas con la práctica de la medicina.

Artículo 19.250.—Inscripción e informes como documentos públicos.

Toda solicitud de inscripción e informes requeridos por esta ley se considerarán como documento público.

Artículo 19.260.—Confidenciabilidad de información médica.

Cualquier dato o información relacionado con el diagnóstico, tratamiento o la salud de cualquier suscriptor o solicitante obtenida de dicha persona o de cualquier proveedor por la organización, se considerará confidencial y no se descubrirá a ninguna persona excepto hasta el límite que sea necesario para llevar a cabo los propósitos de esta ley; o con el consentimiento expreso del suscriptor o solicitante; o en virtud de una ley u orden de un tribunal para la producción o descubrimiento de evidencia; o en la eventualidad, de una reclamación o litigio entre dicha persona y la organización siempre que dicha información o dato sea pertinente. Una organización tendrá derecho a reclamar cualquier privilegio estatutario contra dicho descubrimiento al cual el proveedor que facilite dicha información a la organización tenga derecho a reclamar.

Artículo 19.270.—Secretario de Salud—Autoridad para contratar.

El Secretario de Salud, al llevar a cabo sus obligaciones bajo los Artículos 19.040(1)(b), 19.180(2) y 19.190(1)¹⁹ puede contratar con una persona capacitada para ser asesorado con relación a las determinaciones que él deba hacer. Dichas recomendaciones pueden ser aceptadas total o parcialmente por el Secretario de Salud.

¹⁹ 26 L.P.R.A. secs. 1904(1)(b), 1918(2) y 1919(1).

Artículo 19.280.—Cláusula de salvedad.

Si cualquier sección, o parte de esta ley, fuere declarada inconstitucional o nula todas las demás cláusulas y disposiciones de la misma permanecerán en vigor.

Artículo 2.—Se deroga el Artículo 1.071 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.²⁰

Artículo 3.—Esta ley empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

Aprobada en 2 de junio de 1976.

Contribuciones—Incentivo Industrial (1963); Industrias de Textiles y de Artículos de Vestir

(P. de la C. 1535)

[NÚM. 114]

[*Aprobada en 2 de junio de 1976*]

LEY

Para enmendar el párrafo (3) del apartado (e) de la Sección 8 de la Ley núm. 57 del 13 de junio de 1963, según enmendada, conocida como "Ley de Incentivo Industrial de Puerto Rico de 1963".

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley núm. 178, del 23 de julio de 1974 ha concedido un alivio contributivo temporal a las industrias de textiles y de artículos de vestir como un incentivo especial para modernizar su maquinaria y equipo y poder competir con industrias del extranjero cuyos costos de producción son mucho menores.

Con el propósito de hacer más práctico y razonable el procedimiento para conceder el incentivo temporero que la Ley núm. 178 concede a la industria de textiles, artículos de vestir y productos relacionados, es que se propone en esta medida que se adicione la frase "o le expire en o antes del 31 de diciembre de 1978" a la Sección 8(e)(3) de la Ley de Incentivo Industrial de Puerto Rico de 1963, según enmendada.

²⁰ 26 L.P.R.A. sec. 107a.