

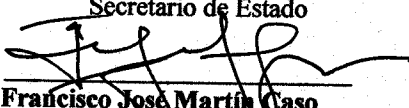
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Número: 7646

REGLA NÚM. 91

Fecha: 23 de diciembre de 2008
Aprobado: Hon. Fernando J. Bonilla
Secretario de Estado

ÍNDICE

Por: 
Francisco José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios

CAPÍTULO I	DISPOSICIONES GENERALES	1
ARTÍCULO 1.01	Declaración de Política Pública	1
ARTÍCULO 1.02	Base legal	1
ARTÍCULO 1.03	Propósito, Alcance e Interpretación de este Reglamento	1
ARTÍCULO 1.04	Definiciones de términos	2
ARTÍCULO 1.05	Prohibiciones	6
CAPÍTULO II.	CERTIFICACIÓN DE GRUPOS	7
ARTÍCULO 2.01	Grupos autorizados a negociar	7
ARTÍCULO 2.02	Negociación colectiva autorizada	9
ARTÍCULO 2.03	Representante requerido	11
ARTÍCULO 2.04	Procedimiento para licenciar al representante de los proveedores	12
ARTÍCULO 2.05	Solicitud de autorización para negociar	13
ARTÍCULO 2.06	Procedimiento para la certificación por la Oficina de Asuntos Monopolístico del Departamento de Justicia	15
ARTÍCULO 2.07	Expedición de certificación	15
ARTÍCULO 2.08	Vigencia de la certificación	16
CAPÍTULO III.	SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA	16
ARTÍCULO 3.01	Poderes del Comisionado de Seguros	16
ARTÍCULO 3.02	Procedimiento para el recibo de la solicitud	16
ARTÍCULO 3.03	Autorización para negociar o cierre del caso	17
ARTÍCULO 3.04	Negociaciones permitidas por la Ley	18
ARTÍCULO 3.05	Negociaciones excluidas	18
ARTÍCULO 3.06	Prohibiciones dentro del proceso de negociación colectiva	19

ARTÍCULO 3.07	Divulgación y utilización de la información sobre la negociación colectiva	19
ARTÍCULO 3.08	Proceso de supervisión y fiscalización	19
ARTÍCULO 3.09	Punto muerto o estancamiento en las negociaciones	19
ARTÍCULO 3.10	Terminación de la negociación colectiva	20
ARTÍCULO 3.11	Informe Final	20
ARTÍCULO 3.12	Evaluación de la negociación	20
ARTÍCULO 3.13	Remedios	21
ARTÍCULO 3.14	Prohibición de utilización del contrato	21
 CAPÍTULO IV. COMISIÓN DE ARBITRAJE		22
ARTÍCULO 4.01	Propósito	22
ARTÍCULO 4.02	Composición y designación de la Comisión	22
ARTÍCULO 4.03	Nombramiento de árbitros	22
ARTÍCULO 4.04	Recusación de los árbitros	23
ARTÍCULO 4.05	Motivos para recusación; procedimiento	23
ARTÍCULO 4.06	Sustitución de Árbitros	24
ARTÍCULO 4.07	Jurisdicción	24
ARTÍCULO 4.08	Facultades de los árbitros	24
ARTÍCULO 4.09	Notificación de arbitraje	25
ARTÍCULO 4.10	Honorarios de los árbitros	25
ARTÍCULO 4.11	Procedimiento para someter controversias a arbitraje	25
ARTÍCULO 4.12	Vista	26
ARTÍCULO 4.13	Término para el laudo	27
ARTÍCULO 4.14	Contenido del laudo	27
ARTÍCULO 4.15	Derecho a abogado	27
ARTÍCULO 4.16	Revocación del laudo	27
ARTÍCULO 4.17	Modificación o corrección del laudo	28
ARTÍCULO 4.18	Obligatoriedad	28
ARTÍCULO 4.19	Moción para revocar, modificar o corregir suspensión de procedimiento para poner laudo en vigor	28
ARTÍCULO 4.20	Revisión judicial	28
ARTÍCULO 4.21	Presentación ante el Comisionado de Seguros	29
 CAPÍTULO V. JUNTA REVISORA DE TARIFAS DE PLANES MÉDICOS Y SEGUROS		29
ARTÍCULO 5.01.	Propósito	29

ARTÍCULO 5.02	Deberes y facultades	29
ARTÍCULO 5.03	Junta	29
ARTÍCULO 5.04	Composición	29
ARTÍCULO 5.05	Miembros asociados	30
ARTÍCULO 5.06	Quórum	30
ARTÍCULO 5.07	Comités Asesores	31
ARTÍCULO 5.08	Presentación	31
ARTÍCULO 5.09	Aprobación de tipos o tarifas	32
ARTÍCULO 5.10	Revisión de la Determinación de la Junta	33
ARTÍCULO 5.11	Exclusiones	33
ARTÍCULO 5.12	Disposición transitoria	34
CAPÍTULO VI.	PROCEDIMIENTO ANTE EL PANEL	34
ARTÍCULO 6.01	Propósito	34
ARTÍCULO 6.02	Composición	34
ARTÍCULO 6.03	Autoridad	34
ARTÍCULO 6.04	Facultades	35
ARTÍCULO 6.05	Procedimiento para aprobación del Panel	35
CAPÍTULO VII	DISPOSICIONES FINALES	35
ARTÍCULO 7.01	Cláusula derogatoria	35
ARTÍCULO 7.02	Cláusula de salvedad	35
ARTÍCULO 7.03	Cláusula de separabilidad	36
CAPÍTULO VIII	VIGENCIA	36
CAPÍTULO IX	ENMIENDAS	36

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
Guaynabo, Puerto Rico

REGLA NÚM 91

**NORMAS PARA REGULAR EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN
COLECTIVA ENTRE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
O ADMINISTRADORES DE TERCEROS CON LOS PROVEEDORES,
REPRESENTANTES DE PROVEEDORES Y LA CREACIÓN DEL PANEL
REVISOR Y LA JUNTA REVISORA DE TARIFAS DE
PLANES MÉDICOS Y SEGUROS**

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.01 Declaración de Política Pública

El Gobierno de Puerto Rico declara como política pública autorizar la negociación colectiva para la contratación entre las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, con los proveedores y representantes de proveedores, con el fin de establecer un balance en la contratación de los servicios de salud. De esa manera, se persigue proteger el acceso a un cuidado de salud de calidad y promover la infraestructura necesaria para su desarrollo, superando cualquier efecto anticompetitivo que pueda surgir en Puerto Rico.

ARTÍCULO 1.02 Base legal

Este Reglamento se promulga en virtud de la Ley Núm. 203 de 8 de agosto de 2008 y la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, *según enmendada*, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme", 3 L.P.R.A. §§ 2102 *et seq.*

ARTÍCULO 1.03 Propósito, Alcance e Interpretación de este Reglamento

- A. Este Reglamento tiene el propósito de establecer y definir el procedimiento de certificación de los grupos autorizados para negociar colectivamente. Instituye el proceso de negociación colectiva, con el fin de velar que los resultados del mismo armonicen con las leyes aplicables estatales y federales. Por otro lado, establece las normas que gobernarán la Comisión de Arbitraje ("Comisión") en la solución de las controversias que se generen y presenten como parte del proceso de negociación colectiva. Igualmente, implementa el funcionamiento de la Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros ("Junta") en la regulación,

supervisión y aprobación de las tarifas utilizadas para determinar las primas. Finalmente, dispone el procedimiento para la autorización por el Panel de los aumentos en deducibles o copagos, primas o tarifas y la aprobación de los actos unilaterales que conlleven aumentos en primas o reducción de cubiertas y/o servicios.

- B. Este Reglamento aplica a las negociaciones colectivas entre los proveedores o sus representantes y los administradores de terceros y/o las organizaciones de servicios de salud. Asimismo, aplica a los procedimientos que se llevan a cabo ante la Comisión, la Junta y el Panel.
- C. Cualquier duda sobre el alcance y la interpretación de este Reglamento se entenderá de manera que no se afecte la prestación de los servicios de salud. En los casos aplicables, los términos o conceptos de este Reglamento redactados en género masculino se entenderán como términos o conceptos que incluyen también el género femenino; las palabras utilizadas en singular incluyen el plural.

ARTÍCULO 1.04 Definiciones de términos

Para propósitos de este Reglamento, los términos a continuación tendrán el siguiente significado:

- A. *Acción en represalia* - Cualquier acuerdo, entendido, contrato, combinación o acción concertada de no efectuar un servicio (boicot), en el que participen los proveedores o las organizaciones de servicios de salud o una combinación de ambos, para obligar, persuadir o coaccionar a la otra parte a establecer tarifas o precios preacordados a los servicios de salud, o a realizar cualquier otra actuación que restrinja la prestación de los servicios;
- B. *Acto unilateral* - Cualquier acto realizado por una organización de servicios de salud que afecte la cubierta, las tarifas, la prima, el co-pago, deducible y/o co-aseguro, y que no sea producto o consecuencia de los resultados de una negociación colectiva o de la negociación de tarifas entre una organización de servicios de salud y un grupo cuyas tarifas se establecen basadas en su propia experiencia y composición demográfica, entre otras variables; igualmente, es acto unilateral cualquier acto que el Comisionado así lo entienda en el ejercicio de sus facultades legales;

- C. *Administrador de terceros* - Organización pública o privada que, sin asumir riesgo, administra el procesamiento de reclamaciones, cobro de primas, contratación y pagos a proveedores o actividades administrativas a terceros;
- D. *Arbitraje* - Proceso adjudicativo informal, en el cual los árbitros reciben la prueba de las partes en conflicto y, a base de la evidencia presentada, emiten una decisión o laudo;
- E. *Árbitro* - Miembro de la Comisión de Arbitraje;
- F. *Área de servicio de un plan de cuidado de salud* - Aquella área de servicio diseñada por una organización de servicios de salud para prestar servicios a una clientela en específico o en una determinada facilidad de salud o área geográfica;
- G. *Áreas geográficas* - Aquellas definidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico, con el asesoramiento de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, según se dispone en el Artículo 2.01 de este Reglamento;
- H. *Asegurado o suscriptor* - Persona que ha contratado un seguro o un plan de cuidado de salud;
- I. *Beneficiario* - Persona a quien beneficia un contrato de seguro;
- J. *Boicot* - Acción concertada para negarse a ofrecer o contratar un servicio, con el propósito de intentar perjudicar o perjudicar a la otra parte y obligarla a aceptar lo que se exige;
- K. *Co-pago* - Aquella parte del costo de un servicio de salud que desembolsa el asegurado o suscriptor o beneficiario de dicho servicio y que es una cantidad fija y predeterminada. Cuando esta cantidad se expresa en términos porcentuales, se entenderá que se refiere a co-aseguro;
- L. *Comisión* - Comisión de Arbitraje;
- M. *Criterios de cubierta* - Los términos o condiciones bajo los cuales una organización de servicios de salud se obliga a proveer los beneficios de salud a los asegurados o suscriptores o beneficiarios;
- N. *Cubierta* - Todos los servicios incluidos en un plan de salud;
- O. *Deducible* - Aquella porción del costo de un beneficio o servicio cubierto por una organización de servicios de salud, a ser sufragada por el asegurado o suscriptor o beneficiario antes de que tenga derecho a recibir el referido beneficio o servicio;
- P. *Especialidad* - Aquella definida en la Ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008, conocida como "Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica";

Q. *Estancamiento* - Cuando una o ambas partes no acceden o modifican sus posiciones sobre un asunto determinado o varios asuntos objeto de negociación;

R. *Honorarios* - Aquella cantidad que devenga un proveedor por la prestación de un servicio de cuidado de salud;

S. *Hospitales* - Institución que provee servicios a la comunidad, ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico y/o quirúrgico para enfermedades o lesiones y/o tratamiento obstétrico a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales tales como de tuberculosis, de enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos tales como áreas de cuidado intensivo, intermedio y auto-cuidado de pacientes. Servicios de rayos X y radioterapia, laboratorios clínicos y de patología anatómica y otros, consultorio médico para pacientes externos, departamentos de consulta externa, residencias y facilidades de entrenamiento para enfermeras, facilidades de servicios centrales y de servicios afines que operan en combinación con hospitales, pero no incluye instituciones que provean principalmente cuidado domiciliario o de custodia. Incluye, además, sitio dedicado primordialmente al funcionamiento de facilidades para proveer diagnóstico, tratamiento o cuidado médico durante no menos de doce (12) horas consecutivas, a dos (2) o más individuos entre los cuales no medie grado de parentesco, que estén padeciendo de alguna dolencia, enfermedad, lesión o deformidad. Toda oficina, consultorio o casa de un médico, donde se reciban mujeres en estado de embarazo para ser atendidas o tratadas durante el aborto, parto o puerperio, se considerará un hospital dentro del significado de este capítulo, independientemente del número de pacientes y de la duración de la estancia; disponiéndose, que no se entenderá como hogar de familia, la parte o sección de la vivienda donde un médico tenga su dispensario médico o atienda casos aunque el mismo esté considerado parte integrante, en términos de planta física, de su residencia. No obstante las disposiciones de la oración anterior, no se considerará hospital dentro del significado de este capítulo, la oficina, casa o consultorio de un médico cuando ocurra un parto o un aborto en ellas de modo súbito e inesperado y en circunstancias tales que impidan el inmediato traslado de la paciente a un hospital, pero en tal caso la paciente sólo podrá ser atendida por el médico en su oficina, casa o consultorio, en tanto se efectúe el traslado de la paciente al hospital que

corresponda y tal traslado habrá de hacerse dentro de un período no mayor de doce (12) horas;

T. *Huelga* - Acción concertada con el propósito de interrumpir, paralizar, detener u obstruir la prestación de los servicios de salud, durante un tiempo determinado, breve o prolongado, o un tiempo indefinido, con el fin de imponer ciertas condiciones;

U. *Junta* - Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros;

V. *Laudo* - Decisión o fallo rendido por la Comisión de Arbitraje sobre una controversia sometida ante su consideración;

W. *Ley* - Ley Núm. 203 de 8 de agosto de 2008;

X. *Métodos de pago* - Procedimiento mediante el cual se satisfacen los honorarios devengados por un proveedor por la prestación de un servicio de salud;

Y. *Negociación colectiva* - Proceso de discusión, trato y ajuste de posiciones entre una organización de servicios de salud o administrador de terceros y un hospital o grupo de proveedores, para concertar un acuerdo sobre servicios de cuidado de salud;

Z. *Oficina de Asuntos Monopolísticos* - Oficina adscrita al Departamento de Justicia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según creada por la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, según enmendada, conocida como "Ley de Monopolios y Restricción del Comercio", 10 L.P.R.A. §§ 257 *et seq.* ("Ley de Monopolios");

AA. *Organización de servicios de salud* - Cualquier persona que ofrezca o se obligue a proveer a uno o más planes de cuidado de salud. Incluye los asegurados o suscriptores por incapacidad que se rigen por el Capítulo 3 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", 26 L.P.R.A. §§ 301 *et seq.*;

BB. *Panel* - Conjunto de entidades del Estado Libre Asociado que incluye: (i) el Departamento de Salud; (ii) el Comisionado de Seguros; (iii) el Procurador del Ciudadano y (iv) el Procurador del Paciente;

CC. *Persona* - Persona natural, asociación, asegurado o suscriptor, grupo, sindicato, "trust", compañía, sociedad, organización, corporación o cualquier otra entidad jurídica;

DD. *Plan de cuidado de salud* - Cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un asegurado o suscriptor, o grupo de asegurados o suscriptores, determinados servicios de cuidado de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una

cantidad prefijada en dicho convenio que se considera devengada independientemente de si el asegurado o suscriptor utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan. No obstante lo anterior, dicha organización de servicios de salud deberá proveer principalmente para la prestación de servicios de cuidado de salud, y no la mera indemnización por el costo de tales servicios;

EE. *Prima* - Suma que el asegurado o suscriptor paga a una organización de servicios de salud, mediante contrato, por asumir un riesgo o a cambio de ofrecer servicios de cuidado de salud;

FF. *Proveedor* - Todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorios, farmacias, servicios médicos de emergencia, pre-hospitalarios, proveedor de equipos médicos, o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, ya sea de manera grupal o individual, y que, bajo contrato con una organización de servicios de salud y administradores de terceros, presten servicios de cuidado de salud a suscriptores o beneficiarios de un seguro o plan de cuidado de salud;

GG. *Punto muerto* - Cuando en una negociación colectiva las partes no actúan, o se han paralizado las negociaciones, para llegar a un arreglo;

HH. *Referido* - Cuando un proveedor de servicios de salud envía a un asegurado o suscriptor o beneficiario a recibir un servicio de salud ante otro proveedor;

II. *Registros de proveedores* - Registros oficiales de los proveedores del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; el Departamento de Salud podrá considerar el "Nacional Provider Identifier";

JJ. *Representante de proveedor* - Tercero debidamente autorizado por el proveedor para negociar a su nombre, con las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, los términos y condiciones contractuales entre éstas y el proveedor;

KK. *Servicios de cuidado de salud* - Cuidado médico o dental, hospitalización o servicios incidentales a la prestación de dicho cuidado u hospitalización;

LL. *Tarifa* - Elemento o factor que forma la base para determinar la prima;

MM. *Tipos* - Variaciones de una misma tarifa.

ARTÍCULO 1.05 Prohibiciones

Se proscriben las siguientes acciones:

- A. Que alguna de las partes limite la prestación de servicios de cuidado de salud, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada por parte de los proveedores. Dichas acciones estarán sujetas a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos para determinar si las mismas violan las disposiciones de la Ley o de la Ley de Monopolios.
- B. Que las organizaciones de servicios de salud tomen acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como retener pagos, realizar auditorías injustificadas u otras acciones similares.
- C. Que cualquier entidad que, de manera compulsoria, agrupe profesionales de la salud se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación colectiva.
- D. Que en el mercado de Puerto Rico se ofrezca o suscriba un seguro o plan de cuidado de salud sin contar con la previa aprobación de las tarifas por parte de la Junta, conforme se define en el Capítulo V de este Reglamento, y la aprobación de los formularios y evidencia de cubierta por parte del Comisionado de Seguros, conforme se establece en el Código de Seguros de Puerto Rico.

CAPÍTULO II. CERTIFICACIÓN DE GRUPOS

ARTÍCULO 2.01 Grupos autorizados a negociar

Para negociar colectivamente, según se autoriza en este Reglamento, los proveedores deberán reunirse en grupos por especialidad o por área geográfica, según se establece a continuación.

- A. Se considerará que hay un grupo cuando dos o más personas autorizadas se ponen de acuerdo para impulsar una agenda de negociación común.
- B. Se considerará que hay un grupo por especialidad cuando los proveedores de una misma especialidad, en una misma área geográfica, se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando dentro de cada grupo no excedan el veinte por ciento (20%) de su especialidad, en esa área geográfica;
- C. Se considerará que hay un grupo por área geográfica cuando los proveedores de diferentes especialidades o servicios, en una misma área geográfica, se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando dentro de cada grupo no se exceda el veinte por ciento (20%) de cada especialidad o servicio, en esa área geográfica.

D. Las áreas geográficas, según definidas por el Departamento de Salud con el asesoramiento de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, serán las siguientes:

ÁREAS GEOGRÁFICAS	MUNICIPIOS
Área Geográfica San Juan	San Juan
Área Geográfica Arecibo	Arecibo Manatí Barceloneta Ciales Florida Morovis Vega Baja Camuy Hatillo Lares Quebradillas Utuado
Área Geográfica Humacao	Humacao Yabucoa Maunabo Naguabo Las Piedras Fajardo Río Grande Luquillo Ceiba Culebra Vieques
Área Geográfica Mayagüez	Mayagüez Cabo Rojo Añasco Hormigueros Las Marías Maricao Rincón San Germán Lajas Sabana Grande
Área Geográfica Guayama	Guayama Arroyo Patillas Salinas Coamo Adjuntas Jayuya Juana Díaz Santa Isabel Villaba Cayey Aibonito Cidra

Área Geográfica Carolina	Carolina Canóvanas Loíza Trujillo Alto
Área Geográfica Caguas	Caguas San Lorenzo Juncos Gurabo Aguas Buenas
Área Geográfica Bayamón	Bayamón
Área Geográfica Guaynabo	Guaynabo Vega Alta Toa Alta Cataño Dorado Toa Baja Barranquitas Comerío Corozal Naranjito Orocovis
Área Geográfica Ponce	Ponce Yauco Guánica Guayanilla Peñuelas
Área Geográfica Aguadilla	Aguadilla San Sebastián Aguada Isabela Moca

- E. El Departamento de Salud deberá proveerle a la Oficina de Asuntos Monopolísticos, trimestralmente o cuando así se requiera, la información relacionada con los registros de proveedores.
- F. Si un proveedor practica una misma especialidad en más de un área geográfica, deberá declarar a cuál área geográfica pertenecerá para efectos de negociar bajo la Ley y este Reglamento.
- G. Los hospitales sólo podrán beneficiarse del mecanismo de contratación colectiva aquí establecido, negociando como una corporación individual. Si un hospital tiene facilidades u opera en más de una localización, tendrá que negociar de manera individual por cada una de ellas.

ARTÍCULO 2.02 Negociación colectiva autorizada

Se autoriza la negociación colectiva entre un grupo certificado y autorizado de proveedores, según se dispone en este Reglamento, y una organización de servicios de salud o administrador de tercero, cuando las partes demuestren que existe un desequilibrio en la contratación.

A. Existe un desequilibrio en la contratación entre una organización de servicios de salud o administrador de tercero y un grupo de proveedores cuando ocurran las siguientes dos circunstancias:

- a. La organización de servicios de salud o el administrador de tercero tiene un poder sustancial en el negocio de los seguros o planes de cuidado de salud. Existe un poder sustancial en el negocio de seguros o planes de cuidado de salud cuando la participación de la organización de servicios de salud, por si sola o junto con sus afiliadas, exceda de veinticinco mil (25,000) personas cubiertas por alguno de sus planes o exceda del cinco por ciento (5%) del total de personas cubiertas en una determinada área geográfica. Cuando se trate de un administrador de terceros, se considerará el número de personas cubiertas por la entidad o entidades a las que le presta servicio;
- b. El poder sustancial antes descrito interviene con la habilidad de los proveedores para ofrecer o brindar un cuidado de salud de calidad. A tales efectos, el grupo podrá probar que:
 - i. sus miembros se hayan visto obligados a reducir el personal que ofrece servicios de cuidado de salud de su práctica ordinaria;
 - ii. se haya reducido sustancialmente el tiempo de contacto con los pacientes, con el propósito de atender un mayor volumen;
 - iii. sus miembros se hayan visto obligados a cerrar alguna o parte de sus prácticas;
 - iv. se convierte en onerosa la práctica de realizar los procesos necesarios para lograr un diagnóstico certero o adecuado;
 - v. se haya afectado la prestación de un servicio de cuidado de salud de calidad;
 - vi. cualquier otra situación que pueda afectar la habilidad de los proveedores para ofrecer o brindar un cuidado de salud de calidad.

La información provista por las partes, con el propósito de cumplir con el requisito de este sub-inciso, se mantendrá confidencial a tenor con la Ley de Monopolios.

- B. La certificación de los grupos para negociar colectivamente y las disposiciones de este Reglamento excluyen a los planes de salud del programa Medicare Advantage, creado por el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act", 117 Stat. 2066. Por estar exento del Código de Seguros de Puerto Rico, se excluye al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, reglamentado por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, *según enmendada*, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", ("ASES"), 24 L.P.R.A. §§ 7001 *et seq.*, y las disposiciones del Programa Medicaid, creado por el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act", *supra*. Por otro lado, se excluyen a los planes de salud de patronos auto-asegurados, por estar reglamentados por el "Employee Retirement Income Security Act" ("ERISA"), 88 Stat. 829.
- C. El Comisionado de Seguros deberá calcular anualmente el número de personas cubiertas por cada organización de servicios de salud y el administrador de terceros en cada área geográfica. Para realizar ese cálculo, el Comisionado de Seguros podrá promediar la cantidad de personas cubiertas en cada trimestre, utilizando la información disponible del año anterior.

ARTÍCULO 2.03 Representante requerido

- A. Un grupo de proveedores solamente podrá negociar con una organización de servicios de salud por medio de un representante de proveedores debidamente autorizado. Sin embargo, un proveedor podrá negociar a nombre de su negocio, cuando en dicho negocio preste servicio por lo menos otro proveedor o se presten más de un servicio de salud y, además, se cumpla con los requisitos del Artículo 2.01 de este Reglamento. Los convenios logrados por dicho representante, en los límites de las facultades conferidas por sus representados, serán vinculantes para éstos últimos.
- B. El aspirante a representante de proveedores deberá cumplir con los siguientes requisitos:
- a) Que sea mayor de edad;
 - b) Que sepa leer y escribir;
 - c) Que haya obtenido diploma de cuarto año de escuela superior;

- d) No haber sido convicto de un delito que implique deshonestidad o depravación moral.
- C. Ninguna entidad que, de manera compulsoria, agrupe profesionales de la salud, podrá convertirse en representante de proveedores en los procesos de negociación.

ARTÍCULO 2.04 Procedimiento para licenciar al representante de los proveedores

Para propósito de licenciar a los representantes de los proveedores, el Comisionado de Seguros preparará y administrará un Programa de Capacitación sobre la Ley y este Reglamento. Dicho programa se ofrecerá dos veces al año y la participación al mismo será requisito para obtener la correspondiente licencia. El Programa de Capacitación se estructurará de la siguiente manera:

- A. Cualquier persona natural que interese ser certificada como representante de proveedores deberá presentar una solicitud ante el Comisionado de Seguros, con la cantidad de quinientos dólares (\$500) en derechos, mediante cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda. La solicitud deberá completarse en todas sus partes y deberá acompañarse con la totalidad de los derechos a cobrarse;
- B. El Comisionado de Seguros notificará por escrito a los aspirantes la fecha, la hora y el lugar donde se ofrecerá el examen del Programa de Capacitación;
- C. Las licencias que emita la Oficina del Comisionado de Seguros tendrán un (1) año de vigencia y su renovación deberá presentarse con al menos treinta (30) días de antelación a la fecha de su vencimiento, de acuerdo con el Reglamento Núm. 481 del Comisionado de Seguros, *según enmendado*. Luego de dicha fecha la persona deberá presentar una nueva solicitud.
- D. La licencia expedida por la Oficina del Comisionado de Seguros podrá estar sujeta a los mismos requisitos de educación continua que se requieren para otros tipos de licencias.
- E. Toda persona que ejerza o intente ejercer como representante de proveedores sin estar debidamente licenciado, podrá ser sancionado con una multa administrativa no menor de mil dólares (\$1,000) ni mayor de cinco mil dólares (\$5,000), sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad legal que pueda surgir como consecuencia de su conducta.

- F. Todo representante de proveedores deberá informar a sus representados sobre las disposiciones de la Ley y este Reglamento y las posibles consecuencias de incurrir en conducta no autorizada o prohibida por la Ley o cualquier otra disposición.
- G. Ningún acuerdo podrá promover o limitar los servicios de salud que ofrece un proveedor.
- H. El representante de proveedores podrá representar a más de un grupo en la misma área geográfica o en áreas geográficas distintas, siempre y cuando la suma de todos sus representados no exceda la limitación establecida en el Artículo 2.01 de este Reglamento y el Artículo 31.030 de la Ley. Independientemente de los requisitos antes expresados, la Oficina de Asuntos Monopolísticos podrá denegar la certificación de un grupo por entender que el mismo representa a una concentración indebida de especialidades o servicios.

ARTÍCULO 2.05 Solicitud de autorización para negociar

- A. Para iniciar cualquier negociación colectiva, los proveedores deberán certificarse como grupo y obtener una autorización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos, que autorice la negociación.
- B. La petición de autorización se presentará por un representante de proveedores, que acredite estar debidamente designado por el grupo y licenciado por la Oficina del Comisionado de Seguros, de conformidad con el Artículo 2.04 de este Reglamento.
- C. La solicitud deberá ser acompañada por:
 - a. La licencia de representante de proveedores, emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros;
 - b. La designación como representante del grupo de proveedores para el cual solicita.
 - i. Cada proveedor representado tendrá que designar al representante mediante declaración jurada.
 - ii. El representante tendrá que presentar una declaración jurada aceptando la representación de los proveedores.
 - iii. Cada declaración jurada de los proveedores deberá contener y expresar claramente:
 - 1. Su nombre completo, incluyendo los dos apellidos, los números de teléfono y de facsímile, la dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo, además del correo electrónico;