

(P. del S. 1788)

L E Y

Para adicionar el Capítulo 41 a la Ley núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico".

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Se adiciona un Capítulo 41 a la Ley núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico, para que lea como sigue:

CAPITULO 41

Artículo 41.010.—Definiciones

Para efectos de este capítulo, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

- (1) Profesional en el Cuidado de Salud—Significa cualquier persona, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que actuando como principal ejerza las profesiones de médico cirujano, osteópata y odontología.
- (2) Institución para el Cuidado de Salud—Significa cualquier facilidad u organización dedicada al cuidado y mantenimiento de la salud de un paciente, autorizada a tenor con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, excepto las del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios y los asilos de fines no pecuniarios según se define este término en la Ley núm. 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada.
- (3) Paciente—Significa cualquier persona que por contrato explícito o implícito reciba o debía haber recibido cuidado o servicio de salud de un profesional en el cuidado de salud o de una institución para el cuidado de salud.

- (4) Daño por Culpa o Negligencia (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 en el cuidado de salud o una institución para el cuidado de salud.
- (5) Cuidado o Servicio de Salud—Significa cualquier acto, acción o tratamiento prestado, o que debió haber sido prestado por un profesional en el cuidado de salud o una institución para el cuidado de salud a un paciente.
- (6) Seguro de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria—Significa la cubierta de seguro de responsabilidad profesional para profesionales en el cuidado de salud e instituciones para el cuidado de salud que se establece bajo este capítulo.
- (7) Solicitante Cualificado—Significa cualquier profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud que solicite y no haya podido obtener seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en el mercado normal. Se entiende por mercado normal aquel compuesto por los aseguradores autorizados a suscribir seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria.
- (8) Asociación—Significa la Asociación de Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria.
- (9) Administración—Significa la Administración del Fondo de Compensación al Paciente.
- (10) Plan—Significa el Plan de Operaciones de la Asociación.
- (11) Secretario—Significa el Secretario de Hacienda.
- (12) Junta—Significa la Junta de Directores de la Administración.
- (13) Director—Significa el Director Ejecutivo de la Administración.

Artículo 41.020.—Programa de Seguro de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria

Por la presente se establece un programa de seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en el Estado Libre

Asociado de Puerto Rico, el cual será instrumentado conforme a las disposiciones de este capítulo.

Este programa y sus actividades se llevarán a cabo conforme se dispone más adelante, a través de aseguradores autorizados a contratar seguros en Puerto Rico, una Asociación de Suscripción Conjunta de Aseguradores y una Administración del Fondo de Compensación al Paciente ambas creadas por este capítulo.

Artículo 41.030.—Participación de Aseguradores

Todo asegurador autorizado para contratar seguro de accidente podrá participar en la emisión de las pólizas que contempla este programa para cubrir la responsabilidad financiera que más adelante se le requiere a los profesionales en el cuidado de salud y a las instituciones para el cuidado de salud de acuerdo con este capítulo.

Artículo 41.040.—Asociación de Suscripción Conjunta y Plan de Operaciones

- (1) Por la presente se crea una Asociación de Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria para proveer dicho seguro a solicitantes cualificados. La Asociación estará compuesta por todos los aseguradores autorizados en Puerto Rico para contratar seguro contra accidente, según se define en los apartados (1) y (10) del Artículo 4.080. Dichos aseguradores deberán ser miembros de la Asociación y su participación en tal Asociación será condición indispensable para poder continuar suscribiendo seguros en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (2) El propósito de la Asociación es proveerle seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria por los límites de responsabilidad financiera establecidos en el Artículo 41.080 a los solicitantes cualificados y promover al máximo la competencia entre aseguradores financieramente sólidos.
- (3) La Asociación tendrá, con respecto al seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria, poder para expedir pólizas de seguro a solicitantes cualificados, asumir reaseguro de sus miembros y ceder reaseguro. La Asociación podrá delegar en uno o más de sus miembros, que así lo deseen, o en cualquier otra entidad

para que provea servicios a sus pólizas y reclamaciones a nombre de la Asociación.

- (4) La Asociación operará bajo la supervisión y dirección de una Junta de Directores que consistirá de nueve de los aseguradores que participen en la Asociación quienes serán electos por los miembros de ésta. La Junta de Directores de la Asociación se elegirá anualmente en una reunión de los miembros o sus representantes autorizados en la fecha y lugar que designe el Comisionado. Los votos de los miembros en tal elección tendrán peso en la proporción que las primas netas directas suscritas por cada miembro durante el año anterior guarde con las primas netas directas suscritas en Puerto Rico por todos los miembros de la Asociación en dicho año para el seguro contra accidentes descrito en el apartado (1) de este artículo. El Presidente será electo de entre los miembros de la Junta de Directores de la Asociación.
- (5) La Asociación deberá funcionar por un período que no excederá de ocho años desde la fecha de vigencia de esta ley, y podrá ser disuelta por el Comisionado, previa celebración de vistas públicas, en cualquier momento antes si determina que no es necesaria y que existe o que se ha mantenido un mercado adecuado para dicho seguro por la industria de seguros. El Comisionado podrá prorrogar la existencia de la Asociación por un período que no excederá de cuatro años adicionales.
- (6) La Asociación proveerá seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en un formulario de póliza uniforme para todos los profesionales en el cuidado de salud e instituciones para el cuidado de salud. Dicho formulario de póliza uniforme cumplirá con los requisitos exigidos en el Capítulo 11 del Código de Seguros.
- (7) La Asociación tendrá poder para demandar y ser demandada y negociar aquellos contratos que sean propios para llevar a cabo sus propósitos.
- (8) La Asociación deberá adoptar, dentro de sesenta (60) días después de su establecimiento, un plan de operaciones. Dicho plan estará sujeto a la aprobación del Comisionado y entrará en vigor diez (10) días después de haber sido aprobado por él. Si el Comisionado desaprueba el plan, en todo o en parte, los directores de la Asociación, dentro de los quince (15) días laborables

siguientes a la notificación de dicha desaprobación someterán el plan, o la parte objetada enmendada y revisada 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 económica, justa y no discriminatoria y para un pronto y eficiente mercadeo del seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria, que en beneficio del bienestar general y la seguridad de los solicitantes cualificados permita una equitativa distribución de los riesgos asegurables. Este plan deberá contener disposiciones sobre, pero sin limitarse a:

- (a) La administración de la Asociación y la elección del Presidente y cualesquiera otros oficiales que la Junta de Directores estime necesarias.
 - (b) (i) Tipos, planes de tarifas y reglas de tarifaje aplicables al seguro suscrito por la Asociación y las estadísticas relacionadas con el mismo pero sujeto todo esto a las disposiciones del capítulo 12 de este Código.
(ii) Las reglas y planes de tarifaje inscritas en cuanto al Plan podrán proveer normas para la aplicación de recargos para riesgos con experiencia adversa. Tales reglas y planes de tarifaje proveerán para la pronta eliminación de dichos recargos cuando la experiencia se normalice.
(iii) Las reglas y planes de tarifaje podrán proveer normas para la clasificación de riesgos que reflejen la experiencia de pérdidas y gastos en las diferentes especialidades de práctica de los profesionales en el cuidado de salud o instituciones para el cuidado de salud.
 - (c) Reglas para instrumentar la disolución del plan a su terminación.
- (9) El Comisionado de Seguros, antes de la terminación de la Asociación determinará si existe una necesidad razonable para continuar ofreciendo cubierta a aquellos que

hayan sido asegurados por la Asociación en cuanto a reclamaciones únicamente por daños que ocurrieran durante la existencia de ésta. Si se encontrara tal necesidad, el Comisionado de Seguros deberá establecer un plan para la adquisición de tal cubierta tomando en consideración los términos de prescripción establecidos en el Artículo 41.090.

- (10) Todos los aseguradores miembros de esta Asociación participarán en sus ganancias y pérdidas en la proporción que las primas netas directas de cada miembro (excluyendo la porción de primas que corresponda a las operaciones de la Asociación) suscritas durante el año anterior guarde con las primas netas directas totales suscritas en Puerto Rico por todos los miembros de la Asociación en dicho año para el seguro de accidente.

Artículo 41.050.—Administración del Fondo de Compensación al Paciente; Límites de Responsabilidad

- (1) (a) Se crea la Administración del Fondo de Compensación al Paciente cuyo propósito será proveer una cubierta básica de responsabilidad profesional médico-hospitalaria hasta la suma de \$500,000 para cubrir aquella porción de cada reclamación de daños por culpa o negligencia (malpractice) que ocurra en Puerto Rico y que exceda los límites de responsabilidad financiera que se requiere en el Artículo 41.080 a los profesionales en el cuidado de salud y a las instituciones para el cuidado de salud. En ningún caso la Administración será responsable por una cantidad en exceso de quinientos mil (500,000) dólares por ocurrencia y quinientos mil (500,000) dólares agregados, excepto cuando el asegurado hubiera obtenido y pagado una cubierta según se dispone en el apartado (c), en cuyo caso el límite de tal cubierta será el máximo. Disponiéndose, que esta agencia estará comprendida dentro del término administradores individuales según se provee en la Ley núm. 5 del 14 de octubre de 1975.

- (b) A la Administración ingresará la aportación que se le impone a los profesionales en el cuidado de salud y a las instituciones para el cuidado de salud conforme se dispone en el Artículo 41.060. La

Administración será también responsable por el pago de gastos razonables y necesarios incurridos en el pago de reclamaciones y por sus gastos administrativos.

- (c) La Administración podrá proveer una cubierta opcional a los profesionales en el cuidado de salud e instituciones para el cuidado de salud en exceso de quinientos mil (500,000) dólares pero no mayor de un millón (1,000,000) de dólares siempre y cuando que el profesional en el cuidado de salud o la institución para el cuidado de salud haga la aportación correspondiente.
- (2) La Administración operará bajo la supervisión y dirección de una Junta de Directores que consistirá del Comisionado de Seguros, quien será su Presidente, del Secretario de Salud, y los presidentes de los tribunales o juntas examinadoras de los profesionales en el cuidado de salud cubiertos por este capítulo. La Junta designará y fijará el sueldo de un Director Ejecutivo a quien delegará la operación directa de la Administración. La Junta tendrá las siguientes facultades y obligaciones:
- (a) Por lo menos trimestralmente cada año, celebrar reuniones ordinarias y aquellas sesiones extraordinarias que se estimen necesarias. La Junta llevará actas completas de todos sus procedimientos.
- (b) Considerar y aprobar el presupuesto anual de la Administración y cualesquiera otros acuerdos que le refiera el Director Ejecutivo.
- (c) Tan pronto como sea posible después de finalizar cada año económico pero a más tardar el primero de noviembre de cada año, revisar, aprobar y ordenar que se transmita al Gobernador y a la Asamblea Legislativa un informe anual que contenga entre otras cosas, un balance de situación económica; un estado de ingresos y desembolsos para el año; estados detallados acerca de la experiencia de reclamaciones de la Administración para el año, un informe sobre los títulos de inversión propiedad de la Administración; una evaluación que incluya entre otras cosas lo siguiente: el impacto del programa en la solución del problema

de malpractice; el ámbito y la extensión del problema de responsabilidad profesional médico-hospitalaria en ese momento; nuevas alternativas y soluciones al problema; disponibilidad del seguro para otras profesiones; y otros datos estadísticos y financieros que se consideren necesarios para una adecuada interpretación de la situación de la Administración y del resultado de sus operaciones.

- (d) Fijar las aportaciones que se establecen en el Artículo 41.060.
 - (e) Investigar y resolver extrajudicialmente con la aprobación del demandado, cualquier reclamación contra la Administración.
 - (f) Cualquier otro poder o facultad necesaria para llevar a cabo los propósitos de este capítulo.
 - (g) Aprobar reglas y reglamentos promulgados por el Administrador.
- (3) (a) La Administración tendrá facultad para demandar y ser demandada por cualquier reclamación que surja contra, o en relación con la misma, de acuerdo con lo dispuesto en este capítulo, y tendrá cualquier otro poder y facultad necesaria para instrumentar los propósitos de este capítulo.
- (b) Se faculta a la Administración a organizar las unidades administrativas y contratar los servicios o estudios que sean necesarios para instrumentar las funciones de la misma.
 - (c) Se le faculta, además, para contratar los servicios de abogados, técnicos y especialistas que crea necesarios a fin de proteger los intereses de la Administración en toda acción en que ésta se incluya como parte de una demanda.
 - (d) Previa aprobación de la Junta, promulgar reglas y reglamentos para el funcionamiento de la Administración.
- (4) Los gastos de la Administración se sufragarán de acuerdo al presupuesto aprobado por la Junta y se harán con cargo a la cuenta especial que se indica en el inciso (5) que sigue.

- (5) Las aportaciones a la Administración se pagarán al Secretario por conducto del Director. El Secretario depositará en una cuenta especial para la Administración dichas aportaciones y sólo efectuará desembolsos debidamente cumplimentados mediante comprobantes de desembolsos autorizados por el Director.
- (6) Anualmente, el Secretario preparará un informe del estado del Fondo y le remitirá copia a la Administración. El informe deberá incluir ingresos, egresos y toda otra información pertinente para la determinación de cualquier tipo de aportación al Fondo. Mensualmente someterá a la Administración un informe de ingresos, egresos y balance de su cuenta especial.
- (7) Al cierre de operaciones de cada año económico el dinero retenido en la cuenta especial deberá ser invertido por el Secretario en inversiones garantizadas que produzcan intereses a corto plazo. Todo ingreso derivado de tales inversiones deberá acreditarse a la cuenta especial de la Administración. Los dineros retenidos en dicha cuenta no podrán ser utilizados para propósitos distintos a los contemplados por este capítulo.
- (8) Ningún acreedor por sentencia o cualesquiera otros reclamantes podrá embargar la totalidad o parte de las cuentas de la Administración dispuesto por este capítulo.

Artículo 41.060.—Fijación y Pago de Aportaciones al Fondo

- (1) Anualmente, cada profesional en el cuidado de salud e institución para el cuidado de salud que preste activamente servicios en Puerto Rico vendrá obligado a pagar a la Administración la aportación establecida por ésta para la cubierta básica provista en el Artículo 41.050(1)(a).

La aportación del primer año será de cien (100) dólares para aquellos profesionales en el cuidado de salud, médicos, osteópatas y odontólogos generalistas que no lleven a cabo cirugía, de quinientos (500) dólares para los demás profesionales en el cuidado de salud; y de cincuenta (50) dólares por cama para las instituciones para el cuidado de salud o aquella cantidad que la Junta considere adecuada de acuerdo a la naturaleza del riesgo de dichas instituciones. En caso de que los asegurados

antes indicados deseen la cubierta opcional que se menciona en el Artículo 41.050(1)(d) aportarán al Fondo adicionalmente \$50, \$200 y \$15, respectivamente. El primer año comenzará el 1 de julio de 1976 y seguirá adelante en base a un año fiscal.

(2) Después del primer año de operaciones, la Junta, luego de consultar con la Oficina del Comisionado de Seguros determinará e impondrá aportaciones basadas en las siguientes consideraciones:

- (a) Experiencia pasada y prospectiva de pérdidas y gastos en los diferentes tipos de práctica y en las diferentes áreas de responsabilidad.
- (b) Experiencia anterior de reclamaciones contra personas u hospitales cubiertos bajo este capítulo.
- (c) Factores de riesgos para personas retiradas, semi-retiradas o profesionales a tiempo parcial.
- (d) La cantidad y solvencia de la Administración en un año dado.

Para fijar las aportaciones la Junta podrá consultar con un organismo tarifador.

(3) En la determinación de la aportación para la cubierta opcional provista en el Artículo 41.050(1)(c) la Junta utilizará los criterios establecidos en este artículo.

(4) Si la cantidad de dinero aportada a la Administración no es suficiente para satisfacer las reclamaciones hechas contra ésta en un año específico, la Junta requerirá una aportación proporcional adicional a todos los participantes para ese año fiscal. La Junta deberá imponer tal aportación adicional a los participantes en cantidades que razonablemente reflejen la exposición al riesgo dentro de las clasificaciones que hubiera prescrito y hasta el monto que sean suficientes para obtener el dinero necesario para responder por todas las reclamaciones de dicho año fiscal.

(5) Dicha aportación deberá pagarse antes del 1 de julio de cada año fiscal. Si la misma no se paga en la fecha provista, la Administración notificará a los Tribunales o Juntas Examinadoras de Profesionales en el cuidado de

salud y/o al Secretario de Salud para que tomen la acción dispuesta específicamente para estos casos.

Artículo 41.070.—Reclamaciones Contra la Administración

(1) Cualquier persona que radique una demanda contra un profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud no podrá recobrar porción alguna de la Administración, a menos que se le emplace o sea incluido como parte en el pleito.

(2) Cuando a juicio del Administrador la disponibilidad de fondos para el pago total de las reclamaciones en su poder no fuere suficiente, tendrá facultad para determinar la forma y manera en que habrá de hacer efectivo el pago de la adjudicación en exceso de cien mil (100,000) dólares que se proveen en este capítulo. Disponiéndose que en ningún caso la Administración responderá por daños por culpa o negligencia (malpractice) ocasionados en un año fiscal para el cual el profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud no haya cumplido con las aportaciones exigidas en el Artículo 41.060. Para cualquier transacción extrajudicial que exceda cien mil (100,000) dólares, que pudiera requerir un pago de la Administración se requerirá la aprobación de ésta.

(3) Será obligación del asegurador que emita una cubierta de responsabilidad profesional médico-hospitalaria a un profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud cubierto por la Administración, incurrir en aquellos gastos que sean necesarios para proveer una defensa adecuada para cualquier reclamación radicada.

(4) Las reclamaciones extrajudiciales radicadas contra la Administración serán pagadas en el orden en que hayan sido recibidas dentro de noventa (90) días después de radicadas, a menos que sean rechazadas por la Administración. En caso de una sentencia ésta se pagará dentro del término de 90 días a partir de la fecha en que se convierta en final y firme. Si la Administración no tiene suficiente dinero en su cuenta especial en un año fiscal para pagar todas las reclamaciones, aquellas recibidas después de agotada dicha cuenta deberán pagarse inmediatamente en el año fiscal siguiente en el orden en que fueron recibidas.

- (5) La Administración no quedará sujeta al pago de intereses sobre sentencias que le afecten.
- (6) Si un profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud tiene cubierta en exceso de \$100,000, ésta será responsable por pérdidas hasta la cantidad de la misma, y éste deberá recibir una reducción actuarial adecuada a su aportación a la Administración. Tal reducción deberá concederse únicamente después que la persona haya demostrado a satisfacción de la Administración que tiene tal cubierta.

Artículo 41.080.—Responsabilidad Financiera

- (1) Todo profesional en el cuidado de salud y/o institución para el cuidado de salud deberá radicar ante la Administración prueba de su responsabilidad financiera por la cantidad de cien mil (100,000) dólares, por ocurrencia o hasta un agregado de trescientos mil (300,000) dólares por año, excepto aquellos profesionales en el cuidado de salud que exclusivamente prestan sus servicios para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios y aquellas instituciones para el cuidado de salud que pertenezcan al Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios. Dicha prueba de responsabilidad financiera deberá ser remitida a la Administración antes del 1 de julio de cada año y cubrirá su responsabilidad durante el año fiscal siguiente.

Ningún profesional en el cuidado de salud que trabaje exclusivamente para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios podrá ser incluido como parte demandada en una demanda de daños por culpa o negligencia que cause en el desempeño de su profesión mientras actúe en cumplimiento de sus deberes y funciones como empleado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias, instrumentalidades y municipios.

- (2) Todo profesional en el cuidado de salud y/o institución para el cuidado de salud deberá demostrar su responsabilidad financiera para el año fiscal en que ejercerá sus funciones en una de las siguientes maneras:

- (a) Establecer una cuenta de plica ("escrow fund") por la cantidad de trescientos mil (300,000) dólares no girables sin la autorización de la Administración.
 - (b) Haber obtenido un seguro de responsabilidad profesional médico-hospitalaria por la cantidad de cien mil (100,000) dólares por ocurrencia o hasta un agregado de trescientos mil (300,000) dólares por año, de aseguradores privados o de la Asociación si estuviere en funciones. Dicho contrato de seguro contendrá una disposición a los efectos de que el asegurador notificará previamente a la Administración la cancelación del seguro.
- (3) Si un profesional en el cuidado de salud y/o institución para el cuidado de salud no cumple con las disposiciones sobre responsabilidad financiera establecida en este artículo, la Administración notificará a los Tribunales o Juntas Examinadoras de Profesionales en el cuidado de salud y/o al Secretario de Salud para que tomen la acción dispuesta específicamente para estos casos.

Artículo 41.090.—Términos de Prescripción

- (1) Los términos de prescripción contenidos en este artículo serán los únicos aplicables a las acciones de daños por culpa o negligencia (malpractice) que se inicien contra profesionales en el cuidado de salud e instituciones para el cuidado de salud.

La acción por alegados daños por culpa o negligencia (malpractice) comenzará, independientemente de lo dispuesto en otra ley, dentro de un año a partir de la fecha en que ocurrió el daño que dio lugar a la acción, o dentro de un año desde el momento en que el daño fue descubierto o debió haber sido descubierto con la debida diligencia. En ningún caso se podrá iniciar la acción más tarde de dos años desde la fecha en que ocurrió el daño que dio lugar a la causa de acción.

- (2) En aquellas acciones cubiertas por este artículo en que se demuestre que por fraude, ocultación o falsa representación de hechos se impidió el descubrimiento del daño dentro del período de dos años, el término de prescripción se extenderá indefinidamente.
- (3) Con respecto a los menores e incapaces los términos de prescripción serán aquellos establecidos en los apartados

(1) y (2) de este artículo y comenzarán a partir de la fecha en que alcancen la mayoría de edad o cese la incapacidad.

- (4) Las acciones de daños por culpa o negligencia (malpractice) contra profesionales en el cuidado de salud e instituciones para el cuidado de salud ocurridos antes de la fecha de vigencia de esta ley se regirán por los términos prescriptivos dispuestos por leyes vigentes al ocurrir el daño.

Artículo 41.100.—Arbitraje de Reclamaciones por Culpa o Negligencia

Toda acción civil que surja de una reclamación de daños por culpa o negligencia (malpractice) se iniciará mediante la radicación de una demanda en la sala del Tribunal Superior competente. El tribunal procederá a someter la reclamación a arbitraje según se dispone en el Artículo 41.110. En aquellos casos en que alguna de las partes no cuente con medios suficientes para pagar los costos del panel de arbitraje deberá hacerlo constar mediante alegación en la demanda.

Artículo 41.110.—Inicio del Procedimiento y Designación del Panel de Arbitraje

- (1) Una vez transcurridos sesenta (60) días de radicada la contestación a la demanda en una reclamación de daños por culpa o negligencia (malpractice), o en cualquier momento antes, que las partes notificaren estar preparadas, el Juez Administrador de la sala del Tribunal Superior competente designará dentro de los próximos treinta (30) días un panel de arbitraje que entenderá en el arbitraje de la reclamación y la sala o el lugar donde se reunirá dicho panel.
- (2) El panel de arbitraje tendrá funciones cuasi-judiciales y estará compuesto por tres miembros, un abogado que será su Presidente, un miembro de la profesión médica, que pertenecerá a la clase a la cual pertenezca la persona contra quien se haya radicado la acción y un representante del interés público que no será abogado ni profesional en el cuidado de salud ni representante de institución para el cuidado de salud.
- (3) Los miembros del panel de arbitraje se seleccionarán de un listado de candidatos a ser preparado por el Secretario de Salud dentro de los treinta (30) días después de

la aprobación de esta ley. En años sucesivos el Secretario de Salud preparará dicho listado dentro de los noventa (90) días después de la terminación del año natural, disponiéndose que mientras no se sometan los nuevos listados permanecerán en uso los listados anteriores. En la preparación de este listado el Secretario de Salud podrá aceptar las recomendaciones hechas por las asociaciones médicas reconocidas y por el Colegio de Abogados de Puerto Rico en cuanto a los candidatos que en su campo a cada una de esas organizaciones corresponda recomendar.

En la preparación de dicho listado, el Secretario de Salud podrá agrupar los candidatos tomando en consideración su especialidad y residencia dentro de la demarcación territorial de la competencia de la sala del Tribunal Superior correspondiente. Lo anterior no constituye una limitación para que en el panel de arbitraje se designen miembros de áreas distintas a la sala del Tribunal correspondiente.

- (4) (a) El Juez Administrador discrecionalmente fijará una dieta a cada panelista que no excederá de \$100 diarios por panelista; disponiéndose que cualquiera de los panelistas podrá renunciar a su dieta. El importe total de la dieta al igual que los gastos en que incurra el panel de arbitraje al conducir las vistas, será sufragado proporcional al número de partes en la demanda, excepto que el tribunal tendrá discreción para relevar a cualquiera de las partes total o parcialmente del pago proporcional de la dieta si se demuestra que los recursos económicos de dicha parte no le permitirán efectuar el pago, en cuyo caso la parte aportará la cantidad que determine el tribunal y el remanente será sufragado a prorrata entre las demás partes de la demanda.
- (b) El importe de la dieta y los gastos en que incurra el panel de arbitraje se consignarán en el tribunal dentro de quince (15) días a partir de la fecha de terminación de los procedimientos establecidos en el Artículo 41.130(1). El Secretario del tribunal los remitirá a los panelistas dentro de los treinta (30) días siguientes de emitida la decisión del panel de arbitraje.

(5) La no comparecencia de cualquiera de las partes, sus testigos, abogados o cualquier vista debidamente notificada, salvo en caso de aviso previo de no comparecer por causa justificada y este aviso dado con no menos de tres (3) días de antelación a la fecha fijada para la vista conllevará el pago, por la parte que ocasione la suspensión, de la dieta fijada para los miembros del panel.

(6) Cualquiera de las partes podrá objetar la designación de un miembro del panel de arbitraje luego de mostrar causa justificada para ello pudiendo el tribunal sustituirlo a su discreción.

Artículo 41.120.—Juramentación de los Miembros del Panel de Arbitraje; Procedimientos

(1) Antes de la vista los miembros del panel de arbitraje prestarán juramento ante un Magistrado haciendo constar que oírán la prueba presentada y emitirán una decisión justa y equitativa. Una vez juramentados quedan facultados para tomar juramento.

(2) El panel de arbitraje presidirá las vistas, fijará la hora de las mismas y notificará a las partes. Puede, además, suspender o posponer la vista y ejercerá todos los poderes necesarios para conducir las mismas. El tribunal donde se radicó la acción de daños por culpa o negligencia (malpractice), a petición de parte, puede ordenar al panel de arbitraje que proceda sin dilación con la vista.

(3) El panel de arbitraje llevará una minuta exacta y concisa de los procedimientos de la vista y un récord taquígráfico o en cintas magnetofónicas de la misma.

(4) El testimonio de los testigos será bajo juramento. Las partes tienen derecho a presentar evidencia y a contra-interrogar testigos. La parte demandante deberá presentar evidencia a los efectos de que con posterioridad a los hechos que dan lugar a la demanda ha consultado con otros facultativos sobre los mismos. Las Reglas de Procedimiento Civil para el Tribunal General de Justicia regirán los procedimientos ante el panel de arbitraje; las Reglas de Evidencia serán de aplicación en los procedimientos efectuados ante el panel.

(5) El panel de arbitraje puede celebrar la vista y emitir la decisión cuando una parte debidamente notificada no haya comparecido a la vista en tres ocasiones consecutivas.

(6) El panel de arbitraje podrá ordenar la comparecencia de testigos, la presentación de prueba documental y cualquier otra evidencia necesaria. Las citaciones se expedirán por el tribunal a petición de parte o del panel de arbitraje y se notificarán y harán cumplir en la misma forma como si se tratase de una acción civil.

(7) El panel de arbitraje, previa oportunidad de las partes de seleccionar un perito común, y de éstas no hacerlo, podrá solicitar del tribunal donde se radicó la acción de daños por culpa o negligencia (malpractice), que designe el perito o los peritos necesarios para que rindan los informes y presten testimonio sobre aquellas reclamaciones que se someten a arbitraje.

(8) Las vistas se celebrarán ante la presencia de todos los miembros del panel de arbitraje.

Artículo 41.130.—Decisión del Panel

(1) Los procedimientos ante el panel de arbitraje se llevarán a cabo dentro del término de noventa (90) días a partir de la fecha en que éste haya sido nombrado. Disponiéndose que el tribunal, a solicitud del panel de arbitraje y por causa justificada podrá prorrogar dicho término hasta un máximo que no excederá de noventa (90) días adicionales.

(2) El panel de arbitraje emitirá su decisión por mayoría dentro de sesenta (60) días después de terminados los procedimientos ante el mismo. Dicha decisión consistirá de sus determinaciones de hechos, conclusiones de derecho, recomendaciones sobre daños y responsabilidad y sus fundamentos.

(3) La decisión será firmada por todos los miembros del panel de arbitraje, pero cualquiera de sus miembros puede emitir por escrito una opinión disidente o concurrente exponiendo las razones para la misma.

(4) La decisión se radicará ante la sala del tribunal donde se radicó la acción de daños por culpa o negligencia.

(malpractice) y el tribunal expedirá la resolución correspondiente.

(5) Una vez dictada la resolución y ésta sea final y firme, la parte perdidosa vendrá obligada a resarcir a la otra parte por todos aquellos gastos en que ésta haya realmente incurrido y que no hayan sido cubiertos por las costas que le fueron adjudicadas en el procedimiento.

(6) La decisión del panel de arbitraje será final y solo podrá ser revocada o modificada por dicho tribunal si luego de revisada la misma encontrare que:

- (a) las determinaciones de hechos incluidas en la decisión son claramente erróneas; o
- (b) la decisión no fue emitida conforme a derecho; o
- (c) no se llevaron a cabo los procedimientos necesarios para la emisión de la decisión.

(7) Los miembros del panel de arbitraje tendrán absoluta inmunidad respecto a sus expresiones y recomendaciones mientras actúen dentro del marco oficial en su capacidad como tal.

Artículo 41.140.—Procedimientos Posteriores a Decisión del Tribunal

(1) De la resolución del tribunal las partes podrán recurrir en revisión ante el Tribunal Supremo de Puerto Rico.

Artículo 41.150.—Informes

(1) Todos los aseguradores y/o la Asociación de Suscripción Conjunta deberá someter a la Oficina del Comisionado de Seguros, en la forma requerida por éste, informes mensuales de todas y cada una de las reclamaciones y/o resoluciones de los tribunales que por concepto de daños por culpa o negligencia (malpractice) les fueran hechas. Esta información deberá estar en la Oficina del Comisionado de Seguros en o antes del décimo día siguiente a la terminación del mes anterior. El incumplimiento de este requisito será sancionado por el Comisionado de Seguros de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 3.210 de este Código.

(2) A solicitud de la Administración el tribunal expedirá, libre de derechos, copia certificada de la resolución y de la decisión del panel de arbitraje.

(3) La Administración remitirá las resoluciones de los tribunales y/o las adjudicaciones extrajudiciales sobre daños por culpa o negligencia (malpractice) dentro de los treinta (30) días de haberlas recibido al Secretario de Salud y/o a los Tribunales o Juntas Examinadoras de profesionales en el cuidado de salud, según sea el caso, para que se tome la acción disciplinaria que corresponda contra el profesional en el cuidado de salud o institución para el cuidado de salud.

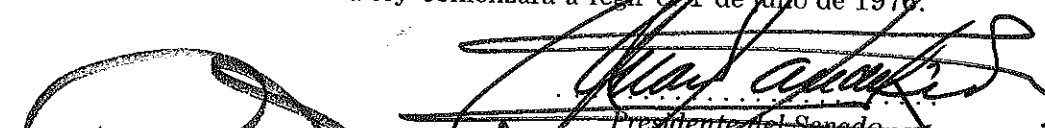
Artículo 41.160.—Cláusula de Salvedad; Fondos


(1) Si cualquier disposición de esta ley o la aplicación de la misma a cualquier persona o circunstancia fuere declarada inconstitucional o nula, dicha nulidad no afectará las demás disposiciones ni la aplicación de esta ley que pueda tener efecto sin necesidad de las disposiciones o aplicaciones que hubieran sido declaradas nulas, y a tal fin se declara que las disposiciones de esta ley son separables unas de otras.

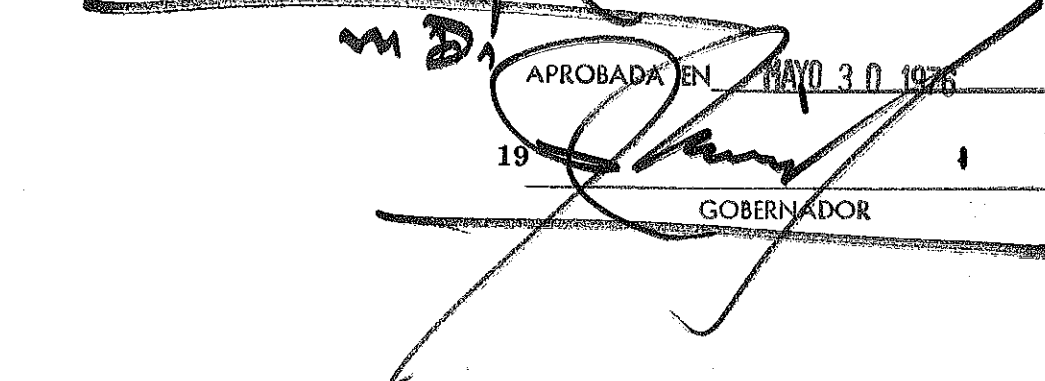
(2) Se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos del Tesoro Estatal, la suma de doscientos cincuenta mil (250,000) dólares, como capital inicial para gastos de administración. La suma así asignada será en calidad de anticipo y deberá ser devuelta al fondo general tan pronto como la situación financiera de la Administración así lo permita. La Junta determinará la forma y tiempo de pago de dicha devolución.

(3) Las disposiciones de esta ley no aplicarán a reclamaciones por daños ocurridos con anterioridad a la fecha de efectividad de la misma.

Sección 2.—Esta ley comenzará a regir el 1 de julio de 1976.


Presidente del Senado


Presidente de la Cámara


GOBERNADOR

APROBADA EN MAYO 30 1976