

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

PREFERRED MEDICARE
CHOICE, INC.

Apelados

v.

DR. ORLANDO MARINI, su
esposa FULANA DE TAL y la
Sociedad Legal de
Gananciales compuesta por
ambos; DR. RICARDO E.
SANTIAGO MONTALVO, su
esposa SUTANA DE TAL y la
Sociedad Legal de
Gananciales compuesta por
ambos; CARDIO SERVICES,
INC.; y DIAGNOSTIC
NUCLEAR MEDICINE, INC.

Apelantes

Apelación

procedente del
Tribunal de
Primera Instancia,
Sala de San
Sebastián

KLAN202100311

KLAN202100321

KLCE202100566

Sobre: Cobro de
Dinero

Casos Núm.:
A2CI201700079
A2CI201700080

Panel integrado por su presidente, el Juez Rodríguez Casillas, la
Jueza Romero García y la Juez Méndez Miró

Rodríguez Casillas, juez ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 17 de diciembre de 2021.

Los recursos de apelación KLAN202100311/KLAN202100321
solicitan la revisión de la Sentencia Enmendada dictada el 29 de
marzo de 2021 en el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior
de San Sebastián (en adelante, TPI).¹ Allí, se declaró Ha Lugar la
reconvencción en daños y perjuicios incoada por el Dr. Orlando
Marini, el Dr. Ricardo Santiago Montalvo, Cardio Services, Inc. y
Diagnostic Nuclear Medicine, Inc. (en conjunto, los **reconvinientes-
apelantes**). Sin embargo, en el recurso KLAN202100311 solicitan la
modificación de las cuantías que les fueron adjudicadas por
concepto de pérdida de ingresos; además, se solicita la concesión de

¹ Notificada el 6 de abril del mismo año.

honorarios de abogado por temeridad.

Por otro lado, en el recurso KLAN202100321, Preferred Medicare Choice, Inc. y MMM Healthcare, Inc. (en conjunto, los reconvenidos-apelados) impugnan —entre otras cosas— la determinación de dolo y la concesión de múltiples partidas en favor de la parte reconviniente-apelante. Asimismo, Preferred Medicare Choice, Inc. y MMM Healthcare, Inc. presentaron un auto de *certiorari* KLCE202100566 para solicitar la revocación de una Resolución —también emitida el 29 de marzo de 2021— en la cual el TPI declaró Ha Lugar la petición de la parte reconviniente-apelante sobre la imposición de costas.

Consolidados los recursos de epígrafes y examinados los escritos de todas las partes,² resolvemos modificar la Sentencia Enmendada/aquí apelada; y así modificada, se confirma. Asimismo, resolvemos expedir el auto de *certiorari* solicitado para modificar la Resolución recurrida; y así modificada, se confirma. Veamos los fundamentos.

-I-

A continuación, esbozamos una relación de hechos e incidencias procesales relevantes a este caso.

El Dr. Orlando Marini (en adelante, Dr. Marini) es cardiólogo intervencional y es el principal accionista de Cardio Services, Inc. (Cardio Services). El Dr. Ricardo Santiago Montalvo (en adelante, Dr. Santiago) es internista con especialidad en medicina nuclear y, junto al Dr. Marini, es socio de Diagnostic Nuclear Medicine, Inc. (en adelante, Diagnostic). Cardio Services opera un laboratorio cardiovascular y Diagnostic un laboratorio nuclear; ambos localizados en el Hospital Buen Samaritano de Aguadilla.

Según los hechos que informa el presente caso, entre el 2003

² En conjunto con la documentación admitida, como: la prueba pericial desfilada durante el juicio en su fondo y la transcripción de la prueba oral.

y 2004, el Dr. Marini, el Dr. Santiago, Cardio Services y Diagnostic suscribieron sendos contratos con las compañías de seguro médico MMM Healthcare, Inc. (en adelante, MMM) y Preferred Medicare Choice, Inc. (en adelante, PMC) para ofrecer servicios médicos a los pacientes asegurados. No obstante, la relación contractual entre las partes culminó el 8 de mayo de 2008, cuando MMM y PMC decidieron rescindir —de forma inmediata— los contratos. La razón ofrecida para la cancelación de los contratos fue la ejecución y facturación indebida de ciertos estudios médicos, lo cual consideraron como una práctica —inapropiada y fraudulenta—.³

Así las cosas, el 12 de junio de 2009 MMM y PMC instaron por separado una acción civil en cobro de dinero contra el Dr. Marini, el Dr. Santiago, Cardio Services y Diagnostic con alegaciones casi idénticas.⁴ En síntesis, solicitaron el recobro de los pagos realizados en exceso por servicios indebidamente ofrecidos o no prestados por los demandados.

Oportunamente, los reconvinentes-apelantes contestaron las demandas —y a su vez— el 27 de agosto de 2009 presentaron sendas reconvenciones en las que le imputaron mala fe a los planes médicos por rescindir los contratos en contravención a sus cláusulas y condiciones. Así, reclamaron una indemnización por los daños sufridos por la terminación dolosa e ilegal de los contratos, incluyendo: el cobro de los servicios prestados previo a la cancelación, la reinstalación de los mismos, las ganancias dejadas de percibir, daños a su reputación y plusvalía, entre otros remedios. También, el Dr. Marini y el Dr. Santiago solicitaron indemnización por sus respectivas angustias y sufrimientos mentales.

Luego de varios incidentes procesales, el 28 de junio de 2012

³ Véase, Apéndice 2 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 239-241.

⁴ *Preferred Medicare Choice, Inc. v. Dr. Orlando Marini y otros*, Caso Civil Núm. ACD2009-0163 y *MMM Healthcare, Inc. v. Dr. Orlando Marini y otros*, Caso Civil Núm. ACD2009-0164.

el TPI dictó Sentencia Parcial desestimando la demanda instada por PMC, por incumplir reiteradamente las órdenes del tribunal relativas al descubrimiento de prueba. Razonó que PMC no cumplió con su obligación de descubrir prueba que sustentara sus alegaciones de fraude. Dicha sentencia fue confirmada por este Foro Apelativo el 24 de junio de 2014 en el caso KLAN201201312. PMC recurrió sin éxito ante el Tribunal Supremo.

Así las cosas, el 6 de febrero de 2015 el TPI dictó otra Sentencia Parcial. Esta vez, declaró No Ha Lugar la petición de sentencia sumaria instada por los reconvinientes-apelantes contra MMM. Razonó que existía controversia de hecho material en cuanto a —si la facturación de los reconvinientes-apelantes— se hizo conforme al contrato. Por otra parte, declaró Ha Lugar la solicitud sumaria de MMM —únicamente en cuanto al hecho de que no procede la reinstalación del contrato ni su renovación automática— pues concluyó que el plan médico podría rescindir del contrato sin justa causa.

No obstante, la aludida sentencia parcial fue revocada por el Tribunal de Apelaciones en la Sentencia dictada el 30 de junio de 2015, KLAN201500613.⁵ Allí, se hicieron constar las siguientes determinaciones de hechos **incontrovertidos**:

1. *La demandante MMM Health Care, Inc. (en Adelante MMM) es una compañía de seguros médicos dedicada a ofrecer planes de salud para beneficiarios de Medicare.*
2. *Los demandados Dr. Orlando Marini, Dr. Ricardo Santiago, Cardioservices, Inc. y Diagnostics Nuclear Medicine[,] suscribieron contratos con MMM en calidad de proveedores de servicios médicos. Mediante dichos contratos los demandados proveerían servicios médicos a los pacientes asegurados por MMM[,] a cambio del pago de honorarios. [...] Los contratos fueron suscritos en las siguientes fechas:*
 - a. *El 2 de julio de 2003, con el Dr. Marini y Cardio Services[.]*
 - b. *El 19 de septiembre de 2003, con el Dr. Santiago y Diagnostic Nuclear Medicine[.]*
3. *El 8 de mayo de 2008, MMM notificó a los codemandados la rescisión inmediata de los contratos por causa efectivo al 7 de junio de 2008.*

⁵ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 404-427.

4. Según establecen dichas cartas, la razón de la rescisión era que como resultado de una auditoría hecha por los demandantes en el 2007[,] habían concluido que la facturación del demandado Cardio Services en los expedientes evaluados adolecía de las siguientes seis deficiencias: 1. "They were lacking proper quantitative and image documentation. They were not complying with the requirements of organizations like ACC and ICAVL, 2. Multiple echocardiographic and vascular studies were performed on a single date but billed in subsequent days, 3. Studies were performed in various facilities other than the one credentialed, 4. The chart review revealed lack of medical necessity for studies like, but no limited to, vascular studies, duplex or aorta of iliacs, 5. The order for vascular studies lacked proper documentation of ordering physician and diagnosis, 6. Your laboratory was billing for exercise tolerance test incidental to services provided by another provider who billed for nuclear scan and pharmacological agents. The performance and billing of such studies is considered inappropriate and fraudulent".
5. En el caso de la carta dirigida a Diagnostic Nuclear Service[,] esta establecía que: "After [e]nding our review audit for Code 78481 (Right Heart Scan) we identif[y] lack of medical orders and/or medical necessity for studies performed during the period 1/1/2006 to 12/31/2007. Thus the performance and billing of such studies is considered inappropriate and fraudulent".
6. La carta de cancelación dirigida al Dr. Ricardo Santiago establecía que: "After auditing the services you rendered we found that you billed us for outpatient visits including initial office visits and consultations in association to Nuclear Medicine Tests that were also billed by another provider and for which no medical necessity was documented. Thus the performance and billing of such studies is considered inappropriate and fraudulent".
7. MMM admitió en la vista del 30 de enero de 2015, que la auditoría no se hizo conforme a la mejor práctica y que por lo tanto, sus resultados no pueden ser extrapolados al universo de la facturación.
8. Dichos reportes están basados en la evaluación de 28 expedientes examinados por los auditores de MMM.
9. MMM canceló los contratos de los demandados aquí apelantes a base de los hallazgos antes mencionados, sin discutirlos con ellos ni dar oportunidad de corrección. No se cumplió con lo estipulado por las partes en la Cláusula 9.3 o 9.5.
10. La muestra de expedientes recopilada por MMM en la que basó su conclusión no es suficiente para poder hacer una extrapolación o inferencia a la totalidad de las facturas emitidas por los demandados.
11. La Cláusula 9.3 del mismo Contrato establece que cualquiera de las partes podrá rescindirlos sin mediar justa causa, siempre y cuando la notificación sobre rescisión se haga con 90 días de antelación a su fecha de efectividad. Además, la Cláusula 9.7 del Contrato establece que los pacientes asegurados por MMM podrán continuar con el proveedor por un máximo de 90 días luego de la cancelación del contrato y que MMM será responsable del pago de esos servicios independientemente de la causa de la cancelación del contrato.
12. MMM no cuenta con prueba alguna para establecer el presunto fraude que claramente fue la razón imputada en las cartas de terminación como razón para la rescisión de los contratos. Así surge tanto de la deposición del Dr. Germán Malaret, perito cardiólogo contratado por MMM, como de las propias declaraciones de los doctores Josefina

López y Héctor Méndez. En cuanto a este último, se desprende del informe rendido que acompañó a las cartas de terminación[,] que lo señalado estaba relacionado a un proyecto denominado “Sea Lion” aplicable tanto a MMM como a PMC, el cual no indica detalles ni establece prácticas fraudulentas. Lo que se recomendó en el informe rendido por el Dr. Héctor Méndez, uno de los directores de MMM y PMC fue discutir los hallazgos del informe con el proveedor de servicios.

13. El suscribiente de las cartas de terminación fue el Sr. Ángel Cordero, principal oficial de MMM y PMC[,] quien indicó en su deposición que él no redactó las cartas, que no tiene conocimiento personal de fraude ni de cómo se llevaron a cabo las auditorías, ni examinó los expedientes. Este se limitó a firmar las cartas de terminación.
14. El propio perito en fraude de MMM, Sr. Carlos Rodríguez, indicó que la información obtenida era insuficiente para llegar a alguna conclusión; explicó, además, que tanto él como el analista debían visitar a los proveedores para buscar mayor información, pero ello le fue negado por el propio MMM. Por ello indicó que no pudo terminar la labor encomendada y no podía hacer ninguna recomendación y mucho menos una determinación de fraude. Indicó que luego de indagar infructuosamente para que le brindaran las auditorías entendió que no se había llevado a cabo ninguna.
15. Ni MMM ni PMC tenían protocolos para fraude, por lo que el único protocolo disponible era el de Medicare, el cual exige que antes de hacer determinaciones de fraude, por conllevar ello el elemento de intención, se notificara de los hallazgos a los proveedores y se llevaran a cabo medidas correctivas para brindar oportunidad de corregir.
16. MMM tampoco cuenta con prueba para comprobar sus alegaciones sobre la supuesta facturación indebida.
17. El propio Sr. Salvador Ayende del Departamento de Análisis y Estadísticas de MMM (Utilization Analyst) indicó en el año 2008, luego de enviadas las cartas de terminación, que una muestra de 50 a 55 expedientes resultaba insuficiente para fines de la validez de una estadística y que era necesario tomar una muestra de alrededor de 300 expedientes, los cuales no tuvieron ante sí. Por ello[,] indicó el propio señor Ayende que no existía mucha posibilidad de recobro.⁶

A la luz de dichas determinaciones y contrario a lo decidido por el TPI, el Tribunal de Apelaciones concluyó que los contratos fueron cancelados por causa y no renovados sin cumplir con lo allí dispuesto. Además, resolvió que MMM **carecía** de prueba para sustentar las actuaciones de fraude —imputadas a los reconvinentes-apelantes— así como las alegaciones de facturación indebida. Así, desestimó la demanda instada por MMM contra el Dr. Marini, el Dr. Santiago, Cardio Services y Diagnostic.

⁶ *Id.*, págs. 421-426.

Sin embargo, por entender que lo anterior no era suficiente para determinar —si MMM incurrió en dolo o culpa al cancelar los contratos— devolvió el caso al TPI para la celebración del juicio a esos fines. Así, quedó pendiente ante el TPI las causas de acción instadas por los reconvinientes-apelantes, entre estas, la reinstalación de los contratos, indemnización por daños y ganancias dejadas de percibir.

Posteriormente, en cuanto a PMC, el 19 de febrero de 2016 el TPI emite una Resolución denegando la moción de sentencia sumaria para desestimar la reconvención. Razonó —contrario a lo propuesto por PMC— que los contratos fueron cancelados por causa y no renovados, sin incumplir con los requisitos en el contrato para ello. En consecuencia, aclaró que solo restaba por determinar —si PMC incurrió en culpa o dolo— al momento de cancelar los contratos.

Así las cosas,⁷ —y luego de celebrar el juicio en su fondo— el 13 de noviembre de 2020 el TPI notificó una Sentencia en la que declaró Ha Lugar la reconvención. Allí, acogió los hechos incontrovertidos esbozados por el Tribunal de Apelaciones en el caso KLAN201500613,⁸ y los hizo formar parte de su dictamen. Además, entendió probados los siguientes hechos —relativos a la investigación realizada por MMM y PMC a los reconvinientes-apelantes— los que por su relevancia transcribimos *in extenso*:

1. *Las demandantes MMM Healthcare Inc. (MMM) y Preferred Medicare Choice, Inc. (PMC) son seguros médicos “Medicare Advantage” (en adelante, “los planes”) dedicados a ofrecer planes de salud para beneficiarios de Medicare mediante contrato y autorización del “Center for Medicare and Medicaid Services”.*
2. *Los demandados son el Dr. Orlando Marini (Dr. Marini) cardiólogo intervencional, el Dr. Ricardo Santiago (Dr. Santiago), internista especialista en medicina nuclear, Cardioservices Inc. (Cardioservices), corporación de la cual Dr. Marini es su único dueño y accionista y Diagnostic*

⁷ Los casos Civil Núm. ACD2009-0163 y Civil Núm. ACD2009-0164 fueron consolidados el 16 de marzo de 2017.

⁸ Antes transcritos en las págs. 4-6 de esta Sentencia.

- Nuclear Medicine (Diagnostic) sociedad civil, de la cual Dr. Marini y Dr. Santiago son sus socios.*
- 3. Cardioservices opera un laboratorio cardiovascular mientras que Diagnostic opera un laboratorio nuclear, ambos con facilidades en el Hospital Buen Samaritano de Aguadilla y Hospital San Carlos de Moca.*
 - 4. Cardioservices también ofrecía servicios a través de clínicas externas localizadas en las oficinas de diferentes médicos en el área.*
 - 5. Los planes suscribieron contratos de proveedor de servicios médicos con cada uno de los co-demandados para el año 2003 y 2004. En síntesis, las aseguradoras pagarían por servicios médicos prestados a pacientes asegurados.*
 - 6. El 08 de mayo de 2008[,] los planes enviaron cartas a los codemandados Cardioservices, Diagnostic y Dr. Santiago rescindiendo sus contratos por causa inmediateamente.*
 - 7. La razón de la rescisión de los contratos indica en las cartas, en síntesis, era debido al resultado de [una] auditoría sobre estudios y facturación de los codemandados[,] que arrojó ejecución y facturación inapropiada y fraudulenta.*
 - 8. Las demandantes son corporaciones separadas, sin embargo, son afiliadas y comparten la misma oficina y personal.*
 - 9. MMM Holdings es la compañía matriz de las aseguradoras. Innovacare/Avita es a su vez la compañía matriz de MMM Holdings.*
 - 10. El Dr. Richard Shinto es el principal oficial (CEO) ejecutivo de MMM Holdings e Innovacare. Su responsabilidad principal es velar por la salud financiera de las empresas.*
 - 11. El Dr. Shinto no conocía personalmente a los demandados, sin embargo, en [el] año 2008 asistió a reuniones con personal de los planes donde se discutió el tema de la alta facturación del Dr. Marini y las corporaciones demandadas. El Dr. Shinto mostró preocupación por el alto volumen de facturación al ser comparado con otros cardiólogos del área, así como la variedad de procesos en diferentes localidades en la misma fecha.*
 - 12. El Dr. Shinto ante los hallazgos recomendó que se reunieran con el Dr. Marini, reunión que nunca se llevó a cabo.*
 - 13. El Dr. Shinto no tuvo conocimiento de que los contratos con los demandados se habían cancelado[,] hasta que se le informó sobre el pleito judicial de epígrafe.*
 - 14. La Dra. Josefina López tuvo relación profesional con las aseguradoras desde marzo 2006 hasta diciembre de 2008, primero como oficial operacional en áreas clínicas y luego como principal oficial médico (CMO).*
 - 15. La Dra. López solicitó la evaluación de las prácticas del Dr. Marini y Cardioservices tras los resultados de un análisis actuarial realizado por la compañía matriz de las aseguradoras en 2007. De ese análisis actuarial surgieron banderas de alerta para varios médicos contratados en adición a[] Dr. Marini y Cardioservices.*
 - 16. El análisis actuarial se realizó para diagnosticar la salud económica de las aseguradoras, midiendo el desempeño en la utilización de servicios en cada uno de los planes.*
 - 17. El programa de fraud, waste and abuse (FWA) de Medicare requiere que los planes estén continuamente monitoreando cuando se sobreexcede un proveedor o se detecta utilización no justificada de estudios.*
 - 18. Los protocolos de Medicare/Medicaid también exigen se notifique a [los] proveedores de los hallazgos adversos y que se provean medidas correctivas. Las aseguradoras en*

- este caso nunca promovieron una reunión con los demandados ni proveyeron medidas correctivas.*
- 19. CMS clasifica a los médicos por especialidad y/o subespecialidades y calcula el promedio de cuánto cuesta un paciente por año por cada médico y[,] con esta información determina qué médicos son outliers; es decir, médicos que facturan por pacientes más que sus pares. Estos levantan bandera roja y CMS requiere que sea investigada por el área de cumplimiento, de lo contrario los planes podrían ser encontrados en incumplimiento con CMS.*
 - 20. La oficina de fraude, pérdida y abuso (FWA) es un requerimiento de CMS para que los planes médicos evalúen y monitoreen la pérdida o mal uso de los fondos federales que administran los planes.*
 - 21. Las demandantes tenían varias áreas para hacer esta encomienda de CMS, sin embargo, ninguna estaba integrada y liderada por expertos profesionales en la materia.*
 - 22. El analista estadístico Salvador Allende estaba a cargo del área de “analytics” de las demandantes reconvenidas entre 2007 y 2009.*
 - 23. El Sr. Salvador Allende generó una serie de reportes sobre utilización de los planes médicos que arrojaron [un] exceso en facturación de Cardioservices[,] comparado con sus pares. A petición de la Dra. López y Dr. Méndez esos reportes se ampliaron para especificar o profundizar sobre las banderas rojas levantadas.*
 - 24. Una de las tablas compara la utilización de Cardioservices en el periodo de 2006 a 2007 con otros cardiólogos en el oeste, (CSI Vs. West Peers), se compara el costo promedio por asegurado y costo promedio por servicio.*
 - 25. Se encontró que en promedio Cardioservices facturaba el doble al comparar con sus pares.*
 - 26. Después de preparar las tablas de datos, resúmenes por afiliado y resúmenes por proveedor, el Sr. Allende encontró lo siguiente:*
 - a. Uso de múltiples códigos en fechas consecutivas.*
 - b. Frecuencia y cantidad de pruebas es similar para grupo de afiliados.*
 - c. Dos proveedores facturando en la misma fecha al mismo afiliado y/o procedimientos de cardiología y medicina nuclear la misma fecha.*
 - d. Posible patrón de Bonding/Unbonding pues se observa realización de pruebas en días consecutivos.*
 - 27. En todas las instancias el Sr. Allende recomendó evaluación de las prácticas y políticas de pago.*
 - 28. La realidad es que ni el Sr. Allende ni los que vieron la data consideraron que, contrario a los médicos pares del Dr. Marini, las facilidades de Cardioservices estaban en un hospital y la capacidad adicional de estudios que brindaban las clínicas externas.*
 - 29. Salvador Allende tomó una muestra aleatoria de toda la data recopilada para investigar más a fondo, advirtiendo que dicha muestra podría ser la base para hacer una investigación más abarcadora, mas no para llegar a conclusiones de fraude y/o llevar un recobro.*
 - 30. La Dra. López solicitó también información sobre los patrones de utilización y facturación de los proveedores demandados y ordenó buscar expedientes en la oficina del Dr. Marini.*
 - 31. La Sra. Alba Muñoz se personó a las facilidades de Cardioservices y seleccionó los expedientes conforme a instrucciones del área de analítica y el actuario.*

32. *El Dr. Héctor Méndez, cardiólogo e internista y director médico de las aseguradoras[,] evaluó los expedientes obtenidos como parte de las investigaciones realizadas.*
33. *Los hallazgos del Dr. Méndez en estos expedientes son los que dan base a la cancelación de los contratos con los demandados.*
34. *Los demandantes conocían que había que investigar un número más amplio de casos para hacer determinación de actos fraudulentos y/o recobrar dinero. No lo hicieron así. El Dr. Méndez y la Dra. López fueron advertidos de la insuficiencia en correo electrónico remitido por Salvador Allende el 16 de abril de 2008.*
35. *La data que compara la facturación de Cardioservices con la facturación de sus colegas cardiólogos en el área (West Peers) pasa por alto que Cardioservices era un laboratorio cardiovascular especializado y localizado en facilidades hospitalarias donde médicos generales, internistas y otros referían para estudios.*
36. *Diagnostic no era parte de las listas en la auditoría inicial, sin embargo, se investigó al recibirse [una] reclamación del Dr. Santiago por falta de pago de servicios prestados. La reclamación se refirió al área clínica por encontrar [que] se requería expertise adicional para verificar reclamación.*
37. *La Dra. López ordenó investigar a Diagnostic Nuclear, porque había estado reclamando pagos no realizados por las aseguradoras. La investigación fue realizada por el área clínica de las aseguradoras.*
38. *En el año 2006 el codemandado Dr. Santiago y Diagnostic comenzaron a tener problemas con las aseguradoras por falta de pago de algunas de sus facturas. Los estudios en controversia llevaban más de un código de facturación, las aseguradoras pagaban unos si y otros no.*
39. *El Dr. Méndez también evaluó las facturas reclamadas por el Dr. Santiago a las aseguradoras.*
40. *El Dr. Méndez preparó un reporte de hallazgos el 27 de marzo de 2008, basado en un total de solo 58 expedientes correspondientes a Cardioservices y Diagnostic Nuclear.*
41. *El Sr. Ángel Cordero Otero no redactó, pero si firmó las cartas de cancelación de los contratos en representación de los planes.*
42. *El protocolo de Medicare exige que se notifique [los] hallazgos a los proveedores y se provean medidas correctivas. Ninguno de los empleados, representantes y personal envuelto en la investigación se reunió con los demandados.*
43. *Las demandantes pasaron por alto en su análisis la realidad de que tanto Cardioservices como Diagnostic estaban ubicados en hospitales y brindaban servicios a pacientes hospitalizados siete días a la semana, 24 horas al día. Esto no podía ser comparado con cardiólogos y médicos de medicina nuclear con una oficina convencional.*
44. *Posterior a la cancelación de los contratos a los demandados, las corporaciones demandantes iniciaron la contratación de personal experto para conformar formalmente la unidad de Fraud, Waste and Abuse y analizar la data de los demandados.*
45. *Uno de los contratados fue el Sr. Carlos Rodríguez, examinador en fraude certificado, quien trabajara para [M]edicare y fuera contratado por los planes en agosto 2008.*
46. *El Sr. Carlos Rodríguez examinó la data recopilada por los planes, encontrando un patrón de facturación sospechosa por el Dr. Marini y Dr. Santiago[,] específicamente en la prueba de stress.*
47. *El Investigador contratado por los planes para analizar la data de varios casos y establecer una unidad de fraude en*

- las empresas, recomendó visitar a los demandados para buscar más información pues con los datos que tenían no era suficiente para llegar a conclusión de fraude.*
- 48. El investigador tom[ó] conocimiento que los Dres. Marini y Santiago ya no eran proveedores del plan por lo que no podría visitarlos, concluyó por tanto que no era posible llegar a una conclusión de fraude con la data disponible.*
 - 49. El perito en fraude de los planes concluyó que la evidencia recopilada no era suficiente para llegar a una conclusión, que los planes no tenían establecido un protocolo para investigación de fraude y que era necesario visitar [las] facilidades de los demandantes para evaluar expedientes, indagar con pacientes y en el caso ninguno de ellos había sido entrevistado, esto siguiendo los protocolos de Medicare.*
 - 50. La Dra. Josefina López y el Dr. Méndez se reunieron con el investigador para discutir [los] hallazgos y le indicaron que las entrevistas e indagaciones ya no podrían realizarse pues los demandados ya no eran proveedores contratados de los planes.*
 - 51. Durante el año 2008 el Departamento de Health Services de los planes notificó al Assitant Compliance Officer del Departamento de Cumplimiento sobre la auditoría que encontró patrones irregulares en la facturación de los demandados.*
 - 52. Las cajas fueron revisadas para verificar si los servicios facturados por los demandados se sostenían con documentación médica. El resultado de los análisis de documentos se recogió en un reporte titulado el 04 de diciembre de 2008 Investigative Summary Report, el cual se presentó al Comité de pérdida, fraude y abuso de los planes con las recomendaciones.*
 - 53. Los hallazgos de esta investigación y reporte se dieron posteriores a la resolución de los contratos. (08 de mayo de 2008).*
 - 54. La Lcda. Luna Rivera fue contratada por los planes, posterior a la cancelación de los contratos[,] como oficial de cumplimiento y como parte de la oficina formal de fraude, despilfarro y abuso de los planes. (Fraud, Waste & Abuse). También formaron parte del equipo la Sra. Olgamarien Castillo y el Sr. Carlos Rodríguez.*
 - 55. La Sra. Olgamarien Castillo, posterior a la cancelación de los contratos[,] generó una serie de tablas con datos de la facturación de los demandados que recogían la cantidad de estudios realizados por día, cantidad de pacientes por día, pacientes atendidos más de un día, entre otros.*
 - 56. Dichos reportes establecen que [el] Dr. Mariani o Cardioservices facturaba por un número alto de pacientes por día, así mismo realizaba [un] número alto de estudios por día y que facturaba por estudios realizados domingos y días feriados[;] sin embargo, la testigo no conocía que Cardioservices se encontraba en facilidades hospitalarias, tampoco el hecho de estudios en las clínicas externas.*
 - 57. Para Diagnostic, sin embargo, la data no refleja absolutamente nada irregular o alto. El máximo de visitas en un día asciende a 6 y no surge servicio prestado domingo o día feriado.*
 - 58. La Sra. Olgamarien Castillo y el equipo de trabajo de la oficina de fraude, despilfarro y abuso (FWA), conocía que la data de los reportes del Dr. Méndez y demás documentos era insuficiente para sostener un caso de fraude o recobro.*
 - 59. La Sra. Castillo participó del proceso de establecer las sumas que se reclamarían en la demanda presentada por los planes contra los demandados. Según correos electrónicos presentados, el número a recobrar estaba*

cerca de dos millones de dólares, sin embargo, finalmente se demandó por el recobro de menos de un millón de dólares. Demandante nunca explicó la razón de la disminución en cuantía.⁹

Con respecto a los hallazgos de la investigación sobre el Dr. Santiago y Diagnostic, el TPI realizó las siguientes determinaciones de hecho:

60. Entre los hallazgos del Dr. Méndez en los pocos expedientes revisados de Diagnostic Nuclear:

- a) Se facturaba 2 días un estudio que mayormente se hace en solo uno y no se encontró data para apoyar los 2 días de estudio.*
- b) Se facturaba por estudio de “right heart scan” el cual no surgía de las órdenes médicas y por tanto no se justificaba su pago. Lo usual es que se realice solo estudio del lado izquierdo del corazón.*
- c) Cuando un paciente era referido para estudio nuclear, el Dr. Santiago le hacía una consulta y la facturaba.*
- d) También se encontró que el Dr. Santiago tenía referido para realizar estudio de ejercicio (stress test) y realizaba un estudio de stress farmacológico, sin solicitar el cambio en la orden médica original o emitir una orden nueva.*

61. Para el 21 de enero de 2008, a través de una carta a su persona los planes médicos felicitaron al Dr. Santiago por el buen manejo de su facturación. Poco más de tres meses después le cancelaron el contrato por alegado fraude en la facturación.

62. El Dr. Santiago explicó lo siguiente en cuanto a los hallazgos en su contra:

- a) La forma 1500 es la hoja oficial para facturar a los planes médicos. Se cumplimenta con datos del paciente, información del plan médico y/o del proveedor, lugar donde se realiza el estudio y se describe el estudio o proceso realizado a través de números de codificación (CPT). Se acompaña de resultados de estudio o proceso y orden médica, pre-autorización si es necesario, todo se envía al plan para que se proceda al pago.*
- b) El Dr. Santiago es especialista en medicina interna y medicina nuclear contratado por los planes médicos. Cuando un paciente es referido para estudio de stress, él lo evalúa porque es su responsabilidad como especialista verificar que el paciente cumple con las condiciones para realizarle la prueba de esfuerzo físico sin polea. El Dr. Santiago no puede realizar un estudio en la polea sin conocer detalles de la salud general y condiciones de ese paciente, ya que cualquier incidente durante la prueba será su responsabilidad y no la del médico que lo refirió. Pacientes con neuropatía diabética, artritis, problemas en caderas, piernas, problemas movilidad, obesidad o mayor edad deben someterse a la prueba farmacológica y el protocolo de dos días.*
- c) La prueba de stress puede hacerse por ejercicio físico, donde el paciente se monta en trotadora y durante el ejercicio se toman fotos y datos del flujo en las arterias, sin embargo, los pacientes de avanzada edad, obesos, con neuropatía diabética, problemas de espalda, piernas o cadera, prótesis o paciente con síntomas de*

⁹ Apéndice 41 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 673-679.

- dolor de pecho, mareos, desbalance, entre otras deben realizar esta prueba induciendo el stress mediante el uso de fármacos.
- d) El estudio en dos días requiere la utilización de dos dosis de radiofármaco nuevas cada vez, pues el producto se daña, no puede guardarse.
 - e) La American Society of Nuclear Cardiology establece ocho (8) protocolos distintos para realizar el Myocardical Perfusion Study, entre ellos el protocolo de dos días. El realizar el estudio en 2 días es una conveniencia al paciente que cumple con los criterios médicos indicados.
 - f) Los pacientes afiliados a las demandantes reconvenidas son pacientes de mayor edad, que en gran mayoría no tolera el protocolo de un día que conlleva de 6 a 7 horas en el laboratorio.
 - g) El "First Pass" (right heart scan) es el estudio del lado derecho del corazón, que realiza el laboratorio cuando se sospecha enfermedad coronaria. Un solo lado es un estudio incompleto según los estándares de la buena práctica de la medicina. Las demandantes denegaron el pago de este estudio bajo código 050, esto es falta de necesidad médica.
 - h) El Dr. Santiago estableció que más del 70% de los estudios cuyo pago se rechazó por los planes, arrojó positivo a enfermedad coronaria. Esta evidencia se proveyó a los planes y de todas formas no se recibió el pago reclamado.
 - i) El Dr. Santiago continuó realizando estudios farmacológicos en los casos que entendía necesario a pesar de saber no le serían pagados, por entender era lo correcto y por evitar los riesgos de incurrir en mala práctica de la medicina y ser demandado.
63. El Dr. Santiago explicó a las demandantes en varias cartas antes de la cancelación de los contratos, su metodología y [por qué] era la correcta[,] sin recibir nunca respuesta.
64. Los planes demandantes siguieron denegando el pago por años; teniendo el Dr. Santiago que asumir el pago de los fármacos y materiales necesarios.
65. El Dr. Santiago y Diagnostic Nuclear se veían obligados a continuar dando servicio a los pacientes asegurados por los demandantes reconvenidos para no incumplir el contrato que tenían con el hospital Buen Samaritano[,] el que requería atender todos los pacientes.
66. El Dr. Santiago escribió cartas reclamando el pago de los estudios, el 18 de mayo de 2006, el 30 de noviembre de 2006 y el 16 de marzo de 2008, donde hace referencia a estudios impagos desde 2004 y estableciendo que el 72% de los estudios denegados habían arrojado un resultado positivo a enfermedad coronaria en los pacientes.
67. Los contratos suscritos entre las demandantes y el Dr. Santiago y con Diagnostic Nuclear son claros al establecer que los servicios cubiertos serán aquellos medicamente necesarios[,] define lo que es medicamente necesario y brinda facultad a las demandantes para hacer la determinación[,] y específicamente expresa que no está cubierto aquel servicio que se da por conveniencia del paciente o médico.
68. El contrato es claro al establecer que el hecho de que un proveedor prescriba u ordene un servicio médico a un afiliado paciente[,] no implica necesariamente que sea medicamente necesario y por ende[,] conlleve el pago por los planes médicos.
69. El Dr. Santiago se comprometió a proveer aquellos servicios incluidos en los Servicios del Proveedor Participante definidos en el mismo contrato.

70. *El Dr. Méndez aceptó que el Dr. Santiago podía evaluar a sus pacientes referidos y cambiar los términos del estudio referido, el problema era la falta de enmienda a la orden original o la sustitución por una nueva.*

71. *Los contratos suscritos por el Dr. Santiago no fueron negociados sino aceptados, pues los planes los redactan y los proveedores se adhieren a los términos o no contratan.*

72. *La co-demandante MMM otorgó en diciembre de 2018 un nuevo contrato al Dr. Santiago como proveedor de medicina nuclear.¹⁰*

Con relación a los hallazgos sobre el Dr. Marini y Cardio Services, el TPI entendió probados los hechos que a continuación exponemos:

73. *El Dr. Marini desarrolló la empresa Cardioservices a finales de la década de los noventa. Cardioservices tiene sus facilidades principales en el hospital Buen Samaritano de Aguadilla y San Carlos Borromeo en Moca y[,] excede las cualificaciones necesarias para servir la industria de pacientes con condiciones cardiovasculares. Tiene todas las certificaciones de la industria incluyendo la de la Comisión Intersocial Acreditadora de Laboratorios Vasculares (ICAVIL).*

74. *En 1998 el Dr. Marini comenzó la idea de las clínicas externas. En 1999 tenía las certificaciones[,] ya en [el] 2003 tenían infraestructura, se compraron máquinas y se contrataron técnicos.*

75. *Los planes demandantes llegaron hasta las oficinas de Cardioservices entre [el] 2003 y 2004 para contratarlos como proveedores. Allí había un área especial dedicada a las clínicas externas, un logo o insignia que las identificaba, un folleto o brochure ilustrativo y los representantes de los planes tomaron conocimiento del modo de operación[,] sin embargo, las cartas de cancelación establecen que se llevaron a cabo estudios en localidad distinta a la credencializada.*

76. *Para este tiempo había un grupo de cardiólogos interesados en el modelo de negocio de las clínicas externas desarrollado por el Dr. Marini y[,] queriendo asegurarse de que no existía impedimento legal alguno se remitieron varias cartas, directo a Medicare, describiendo el modelo, los servicios y solicitando opinión sobre legalidad.*

77. *El Dr. Marini remitió cartas certificadas con acuse de recibo a Medicare PR el 2 de marzo de 2004, 22 de abril de 2004, el 8 de diciembre de 2008 y 12 de febrero de 2009. Nunca tuvieron respuesta por escrito de Medicare, tampoco intervención, investigación de Medicare u otra agencia reguladora en el periodo 2004 al 2009.*

78. *Desde que los planes contrataron con Cardioservices y el Dr. Marini la relación fue tormentosa.*

79. *Para el año 2006 hubo un aumento considerable de pacientes afiliados a los planes, un boom, y por ende la cantidad de estudios a realizar, la facturación y pagos aumentaron.*

80. *A partir de 2007 comenzaron una importante suma de denegaciones al pago de procedimientos médicos por código 38, esto es “no proveedor”.*

¹⁰ *Id.*, págs. 679-681.

81. *En cuanto a Cardioservices, el Dr. Méndez encontró lo siguiente:*

- a) *Expedientes incompletos. Algunos estudios sin diagnóstico que justificara la utilización debidamente documentado. Patrón de estudios de extremidades inferiores y vasculares.*
- b) *Facturación de estudios en más de un día cuando no existía razón para no realizarse en un solo día.*
- c) *Falta de firmas Dr. Marini o firmas diferentes.*
- d) *Facturación por estudios de ecocardiogramas sin documentar adecuadamente medidas de las cavidades auscultadas.*

82. *El Dr. Marini indicó con relación a dichos hallazgos:*

- a) *Cardioservices es un laboratorio mayormente de referido. El historial clínico del paciente, examen físico y otros documentos se encuentran en [el] expediente del médico que refiere y no en Cardioservices.*
- b) *El paciente de corazón debe realizarse estudios completos, no a medias. Un paciente puede tener una apariencia perfecta en sus extremidades y al hacer los estudios sus arterias estar tapadas. La enfermedad coronaria, en la mayoría de los casos no muestra síntomas. No hacer [los] estudios completos puede provocar amputaciones de extremidades. Los estudios vasculares periféricos son la práctica adecuada y no realizarlos es una mala práctica de la cardiología.*
- c) *Cuando el Dr. Marini evalúa, ejecuta estudios a la vez. No es correcto que haga estudios sin orden.*
- d) *Los estudios vasculares no muestran medidas porque para eso hay un video. [É]l usa la expresión tamaño normal porque se sobreentiende y todo médico debe saber cuáles son las medidas de "normal". Las fotos impresas del video son un gasto al proveedor que considera innecesario.*
- e) *El estudio de extremidades inferiores incluye necesariamente el área inguinal y aortoabdominal, esto se sobre entiende, ya que es la mejor práctica de la medicina. No hacerlo así resulta en un estudio incompleto.*

83. *El Dr. Méndez llegó a localizar telefónicamente algún paciente al cual los demandados reconvinentes le hicieran estudios para corroborar el tratamiento y las fechas en las que se brindó el tratamiento, encontrando algunas inconsistencias. Sin embargo, el Dr. Méndez nunca llamó a los demandados, solicitó mayor información ni visitó sus facilidades.*

84. *El Dr. Méndez discutió sus hallazgos con la Dra. Josefina [López] y ejecutivos de las demandantes reconvenidas, pero nunca realizó determinación de fraude.*

85. *El Dr. Méndez no participó en la decisión de cancelar los contratos. No conoce el contenido de las cartas de cancelación. Su informe desglosa hallazgos sin llegar a ninguna conclusión.¹¹*

Aun cuando la legalidad de las clínicas externas no estaba ante la consideración del TPI, hizo las siguientes determinaciones

¹¹ *Id.*, págs. 681-683.

de hechos, al respecto:

86. Los servicios de Cardioservices también se ofrecían a través de alrededor de 40 oficinas de médicos primarios e internistas en la zona noroeste de Puerto Rico. Cardioservices tenía contratos de arrendamiento mensual con estas oficinas médicas manejadas por médicos primarios e internistas, los cuales referían sus pacientes a acudir en sus propias facilidades en fechas especificadas en el contrato para que se les realizaran estudios diagnósticos necesarios para los tratamientos correspondientes. Los pacientes eran atendidos por personal técnico cualificado de Cardioservices. Los estudios eran revisados y leídos por el Dr. Marini quien provee el resultado y la interpretación de los estudios a los pacientes o médicos según solicitado. Este modelo de negocios le permitía al Dr. Marini manejar un volumen alto de pacientes muy superior al que manejan otros cardiólogos y laboratorios del área.
87. Allí se realizaban estudios vasculares, eco, doppler, entre otros.
88. En el acuerdo de canon está incluido el uso de facilidades de electricidad, agua, aire acondicionado, teléfono, fax y equipo como sillas, camillas, sábanas.
89. Algunas de las facilidades de los médicos contratados estaban a solo minutos de las facilidades hospitalarias de Cardioservices, una de ellas se ubica en el mismo hospital.
90. El acuerdo de pago por arrendamiento del espacio era establecido y ofrecido por personal de Cardioservices y los médicos aceptaban.
91. Los médicos contratados nunca entregaron llaves de sus oficinas a personal de Cardioservices ni conservaron expedientes de estudios realizados.
92. Los contratos establecían un canon a pagar por día de uso de las facilidades, en algunos casos el uso variaba con la demanda de servicios y si no se usaban, no se pagaba el mes.
93. Cardioservices traía los equipos y el personal en la fecha acordada. Todo se removía al terminar el horario establecido.
94. Los estudios que se realizaban eran de tipo ambulatorio como electrocardiogramas.
95. En las diferentes facilidades arrendadas se atendían referidos del médico arrendador y también de otros médicos.
96. El personal de Cardioservices hacía los estudios. Ninguno de los médicos arrendadores interviene en el proceso.
97. Los contratos presentados en evidencia corresponden algunos al año 2004, 2005, la mayoría a [los] año[s] 2007, 2008 y 2010, con cánones que varían de \$175.00 a \$350.00 por uso de facilidades que variaban el espacio desde 7 x 15 hasta 10 x 10 pies aproximado y un tiempo de uso que variaba de 4 a 16 horas por día contratado.
98. El contrato con MMM expresamente dispone que, si las facilidades donde se ofrecen los servicios médicos se relocalizan o expanden, el proveedor debe notificar por escrito en el término de 10 días. El contrato de PMC no contiene esta limitación.
99. El Dr. Marini no notificó por escrito el asunto de las clínicas externas a MMM.
100. Había varios colegas interesados en el modelo de servicios del Dr. Marini y para tener certeza de que no existía ilegalidad[,] el Dr. Marini suscribió varias cartas a la agencia federal solicitando opinión, cartas que no fueron contestadas por escrito.

101. *A pesar de no constar por escrito, los planes tenían conocimiento de la existencia de las clínicas desde que suscribieron el contrato, en adición, todas las facturas o formas de pago llevan un número que establece la localidad donde se realiza el estudio y para las clínicas externas en general este número era diferente al número de los estudios realizados en facilidades Cardioservices del hospital Buen Samaritano.*¹²

En cuanto a los daños sufridos por los reconvinientes-apelantes, el TPI entendió probados los hechos que a continuación exponemos:

102. *En el año 2009 el Dr. Orlando Marini era presidente y accionista de las corporaciones sin fines de lucro Medical Educational and Health Services y Servicios Integrados de Salud del Suroeste (SISO), compañías que contrataron con el Municipio de Mayagüez para la administración del Centro Médico de Mayagüez.*

103. *El 20 de agosto de 2009[,] el Municipio de Mayagüez otorgó carta para transferir la licencia a las corporaciones cuyo presidente era el Dr. Marini.*

104. *El Sr. Iván Francisco Millones trabajó para las corporaciones en el año 2009 (julio a noviembre de 2009) en el proceso de preparación del hospital y la transición en la administración. Específicamente trabajó en la contratación del personal que ya laboraba en la instalación para asegurar la continuidad de los servicios y en la contratación de los planes médicos en general. El hospital estaba operando y no podía haber paralización de servicios durante la transición por lo que se contrató personal que ya estaba trabajando en el hospital. Sin embargo, al intentar hacer transición con [los] planes demandantes no se pudo dar.*

105. *El Sr. Iván Francisco Millones se reunió con representantes de MMM en varias ocasiones para lograr la firma de los contratos de seguro sin éxito, de manera que hubo que emitir directriz para no aceptar pacientes de los planes demandantes reconvenidos en el Centro Médico de Mayagüez.*

106. *El Dr. Marini tenía contrato de servicios profesionales con el Hospital Pavía de Arecibo para ser el director del laboratorio cardiovascular del hospital. Prestaba servicios de laboratorio cardiovascular invasivo y no invasivo y se acordó que cobraría un pago fijo de \$25,000.00 mensuales y el hospital se encargaría de la facturación a los planes por los servicios prestados.*

107. *En abril de 2016 el Hospital Pavía de Arecibo canceló el contrato al Dr. Marini porque estaba perdiendo dinero al no poder facturar los servicios ofrecidos por este a los pacientes afiliados a los planes MMM y PMC.*

108. *El Dr. Marini no informó al hospital su imposibilidad de contratar con los planes demandantes antes de firmar el contrato.*

109. *El contrato de Cardioservices con el hospital San Carlos Borromeo no se pudo renovar en 2009 después de la cancelación de los contratos con las demandantes[,] ya que era importante tener la cobertura de los planes demandantes.*

110. *Las planillas de las demandadas reconvinientes para los años 2004 al 2009 se prepararon con data basada en*

¹² *Id.*, págs. 683-685.

- los registros de estados bancarios e informativas de los planes médicos.
111. Los estados financieros [de los] años 2004 al 2009 de Cardioservices son auditados por sobrepasar la cantidad de tres millones de dólares en volumen de negocios. Los estados de Diagnostic no son auditados por ser volúmenes menores.
 112. Para los años 2003 en adelante los ingresos de Cardioservices atribuibles a los contratos con las demandantes aumentaron de forma significativa. En el 2003 se reportaron ingresos en la cantidad de \$3,200,405, en 2004 tuvo ingresos netos por \$4,809,037, año 2006, \$6,202,199, año 2007, \$5,349,645, año 2008 la suma de \$4,445,903.
 113. La tendencia a la baja en ingresos que se observa a partir del año 2007 es atribuible a la falta de pago de las demandantes de muchos de los servicios que se le facturaban.
 114. A partir de 2008 Cardioservices vio mermar el personal pues los ingresos obtenidos no alcanzaban para pagar.
 115. Diagnostic redujo su personal de 12 empleados a solo 4 y sobre \$400,000.00 dólares anuales menos en ingresos.
 116. Las demandantes tienen el plan de salud, en su categoría, con mayor cantidad de personas de pacientes inscritos en PR. A raíz de la cancelación de los contratos muchos médicos dejaron de referirle pacientes para estudios.
 117. Surge de la prueba que el Dr. Marini aparece como proveedor de los demandantes en su página de internet, años después de haberse cancelado los contratos[;] sin embargo, no se trajo prueba del impacto económico de esta situación, cuántas personas tomaron decisión de afiliarse al plan basado en esta información, cuántas personas solicitaron servicios y se le informó no tomaban el plan, etc. Tampoco se presentó prueba sobre lo que pasó con los pacientes de los demandados afiliados al plan luego de la cancelación de los contratos.
 118. Lo[s] demandados reconvinientes sufrieron todos daños económicos por pérdida de ingresos, pérdida de valor en las corporaciones, sufrimientos y angustias mentales como consecuencia de la terminación unilateral de los contratos.
 119. El Dr. Santiago nunca ha tenido señalamientos de otros planes.
 120. El Dr. Santiago expresó al tribunal su sentimiento de impotencia, decepción y ansiedad con lo sucedido[;] por su parte, el Dr. Marini ha sufrido periodos de depresión y problemas para conciliar el sueño.
 121. Ambos galenos expresaron su frustración con el hecho que no se realizara por los planes una comunicación antes de llegar a cancelar los contratos. El Dr. Marini ha visto tronchados importantes mecanismos de generar ingresos por la negativa de los demandantes a pagar los servicios que ha intentado prestar a través de terceros.¹³

En cuanto al testimonio del Sr. Edelmiro Lebrón Jiménez, CPA (en adelante, Lebrón Jiménez), perito de los reconvinientes-apelantes, el TPI realizó las siguientes determinaciones de hechos:

¹³ Id., págs. 685-687.

122. *En el año 2003 ambas corporaciones demandadas eran proveedoras de servicios médicos para prácticamente todos los planes médicos en Puerto Rico.*
123. *En todos los estados se hace referencia a que Cardioservices rentaba facilidades remotas. Para el 2004 pagó en rentas \$170,285, en 2005, \$244,594, en 2006, \$326,530, en 2007, \$363,083 y en 2008, \$207,841.*
124. *El Sr. Edelmiro Lebrón, contador público autorizado y perito en daños de los demandados y reconvinientes basó sus determinaciones en entrevista a los doctores demandados, realizó inspección de las facilidades [de] Diagnostic y Cardioservices, verificó estados financieros auditados y compilados, la literatura general especializada en el tema, los estándares de la profesión de contabilidad, así como artículos de revistas especializadas y sitios de internet.*
125. *Los ingresos de las corporaciones demandadas reconvinientes eran altísimas comparados con otros en su campo.*
126. *No existen en el área oeste facilidades de cardiología y medicina nuclear como las de las demandadas. Para la fecha del informe pericial las facilidades físicas de las corporaciones demandadas reconvinientes estaban ubicadas en facilidades hospitalarias, eran amplias, contaban con fácil acceso, amplio estacionamiento, maquinaria sofisticada, empleados y recurso humano altamente cualificado y organizado. Las corporaciones tenían una capacidad de hacer cantidad grandísima de estudios respaldados por equipos sofisticados que se lo permitían. Control de calidad y supervisión directa fueron claves en el crecimiento de la empresa.*
127. *El capital invertido se recuperó en un término de tiempo sin precedentes. Condiciones óptimas y leyes contributivas que incentivaban su existencia para facilitar servicios de salud máxime si se ubican en hospitales, fueron clave en el crecimiento. La práctica era exitosa con ganancias grandísimas y con una capacidad de generar ingresos extraordinaria.*
128. *La población que atienden las demandadas reconvinientes es una envejeciente que está en crecimiento en Puerto Rico con una alta necesidad de servicios médicos. La población en Puerto Rico se caracteriza por una baja[,] sin embargo la población de mayor edad que atienden los demandados iba en crecimiento sostenido.¹⁴*

En lo que respecta a la prueba de daños presentada por los reconvinientes-apelantes, el TPI realizó el siguiente resumen y análisis:

El Sr. Edelmiro Lebrón calculó pérdidas para los demandados reconvinientes ascendentes a \$12,000,000.00 entre pérdida de ingresos y plusvalía. Se preparó un informe escrito para el 2 de diciembre de 2010.

Se tomaron en consideración el ingreso bruto promedio de los años 2005, 2006 y 2007, restándole las partidas de costos

¹⁴ *Id.*, págs. 687-688.

directos incidentales a la prestación de servicios, costos administrativos y operacionales.

Informe se preparó antes de las decisiones del tribunal apelativo en el caso de epígrafe y partiendo de premisa que pleito judicial duraría 5 años.

En cuanto a la plusvalía[,] el perito Lebrón establece que se tiene una plusvalía institucional de 80% lo que parte de la premisa que faltando el Dr. Marini, Cardioservices conservaría el 80% de su valor. En el caso de Diagnostic se hizo un cómputo similar. El perito calculó la pérdida total por plusvalía para Cardioservices en \$2,885,353 y para Diagnostic Nuclear en \$240,893.00.

La demandante reconvenida presentó como perito en daños al CPA Carlos Baralt quien realizó un informe en el año 2014. Perito Baralt indicó que el grado de incertidumbre o variabilidad de que un ingreso proyectado se concrete se conoce como riesgo. Existen varios factores que determinan el grado de riesgo que se recogen en la tasa de descuento. La tasa de descuento se aplica al ingreso futuro proyectado para conocer su valor presente. Una tasa baja es adecuada para empresas o negocios con bajo riesgo y debe aumentarse a medida aumenta el riesgo.

Según el perito Baralt, la valorización de daños presentada por el perito de los demandados, Sr. Lebrón, estará sobrestimada por los siguientes factores:

- a. Los últimos 16 meses de ingresos se nota una merma en ingresos y no se tomó en cuenta. La tendencia histórica no sustenta la proyección de los demandados al alza de ingresos a lo largo de 5 años. La proyección comienza en un punto mucho más alto de lo que demuestra la tendencia histórica de los ingresos reportados por las demandadas. Los demandados promediaron el ingreso de los tres mejores años lo que provoca sobreestimación y de allí partieron sin precisión aritmética.*
- b. Posterior a la presentación del informe pericial se realizaron pagos por las aseguradoras en aproximadamente medio millón de dólares los que no fueron tomados en consideración para bajar la cuantía de la reclamación.*
- c. Se realiza un cálculo de lucro cesante con una tasa de descuento de 5% lo que aplica para un negocio bien estable con ingresos garantizados. Tasa de descuento de 5% supone certeza, lo que es inconsistente con la naturaleza de los contratos entre las partes. Todos los contratos tienen cláusula que prohíbe la transferencia a un tercero sin el consentimiento de las demandantes, lo que aumenta el riesgo y por tanto se debió utilizar una tasa de descuento más conservadora al computar el valor presente de los ingresos futuros.*
- d. Por otro lado, el perito Lebrón utilizó dos tasas de descuento diferentes. Para los ingresos dejados de percibir usó un 5% y para la pérdida por plusvalía usó una tasa de 26.37% El utilizar dos tasas de descuento para un mismo negocio es una inconsistencia errada en el campo de la valorización de pérdida según opina el perito Baralt.*
- e. La tasa utilizada por el perito Lebrón basada en un tratadista de una de las fuentes utilizadas para su informe es errada. La tasa debió ser construida basada en los criterios a tomar en consideración. La tasa utilizada para plusvalía de 26.37% es más adecuada.*
- f. Tampoco surge la base de los gastos restados a los*

ingresos proyectados. Según el perito Baralt el estimado de 50% de gastos no se sustenta en las planillas ni estados financieros de las demandadas. Si se resta la cantidad real de gastos, la cantidad en daños a pagar por las demandantes debe ser menor.

- g. En cuanto a la plusvalía[,] el perito Lebrón establece que se tiene una plusvalía institucional de 80% lo que parte de la premisa que faltando el Dr. Marini, Cardioservices conservaría el 80% de su valor. En el caso de Diagnostic, se hizo un cómputo similar. A juicio del perito Baralt la plusvalía institucional debe ser menor pues el talento y las destrezas del profesional humano al frente de una empresa pueden ser determinantes. En el caso particular de los demandados estos insistieron en que para la época de la cancelación de los contratos eran pocos los profesionales que cumplían con la preparación académica, especialidades y experiencia de los galenos demandados. La teoría de los demandados en cuanto a la pérdida de valor de la corporación supone que el negocio generaría las mismas ganancias, aunque otros cardiólogos los sustituyera al mando de las facilidades, el manejo sofisticado y eficiente de pacientes, la maquinaria especializada y de alto valor, así como el profesionalismo y experiencia del personal asociado a la corporación.¹⁵*

A la luz de esas determinaciones, el TPI concluyó que MMM y PMC incurrieron en dolo en la cancelación de los contratos. Razonó que —si bien la prueba arrojó hallazgos que levantaron cuestionamientos— MMM y PMC no lograron evidenciar las imputaciones de fraude realizadas a los reconvinientes-apelantes. En ese sentido, los planes médicos fueron alertados por sus propios expertos que la data recopilada no era suficiente para llegar a una conclusión de fraude, ni para un recobro de lo pagado a los reconvinientes-apelantes. Tampoco los planes médicos le brindaron oportunidad razonable a los reconvinientes-apelantes para explicar, enmendar y mejorar sus prácticas, conforme se disponía en los contratos. Por ello, MMM y PMC no lograron establecer razones de peso que justificara la cancelación de los contratos sin cumplir previamente con las disposiciones contractuales establecidas a esos efectos. Así, el TPI concedió a la parte reconviniente-apelante daños por pérdida de ingresos, pérdida de plusvalía, angustias y sufrimientos mentales, así como las costas y gastos del pleito.¹⁶

¹⁵ *Id.*, págs. 688-690.

¹⁶ El TPI le concedió a Cardio Services \$2,285,353 por concepto de plusvalía y \$2,285,353 por pérdida de ingresos. Mientras que Diagnostic recibió \$240,893

No obstante, la partida de pérdida de ingresos de Cardio Services fue ajustada en un 33%, que corresponde a los ingresos atribuidos a las clínicas externas, toda vez que el TPI consideró que los planes médicos no estaban obligados a aceptar dicha práctica. Así, desestimó las demás causas de acción instadas contra MMM y PMC, a saber: cobro de dinero, difamación, uso de imagen y persecución maliciosa.

Inconformes, los doctores Marini y Santiago, Cardio Services y Diagnostic solicitaron determinaciones de hechos adicionales, así como la reconsideración del dictamen. En síntesis, argumentaron que el TPI incidió al: **(1)** no conceder honorarios de abogado por temeridad; **(2)** ni daños por pérdida de ingresos a favor del Dr. Santiago; **(3)** y, daños continuos a favor del Dr. Marini, entre otras cosas.

Por otra parte, MMM y PMC solicitaron determinaciones de hechos adicionales y una enmienda *nunc pro tunc*, en relación con el interés por sentencia.

El 29 de marzo de 2021 el TPI dictó la Sentencia Enmendada aquí apelada.¹⁷ Aun cuando no alteró las determinaciones de hechos, ni la conclusión con respecto al dolo y las clínicas externas, ajustó las cuantías de los daños y dividió la responsabilidad económica entre MMM y PMC de la siguiente manera:

DIAGNOSTIC NUCLEAR		
	MMM	PMC
Plusvalía	\$16,691.00	\$224,202.00
Pérdida de Ingresos	\$488,440.00	\$956,189.00
TOTAL	\$505,131.00	\$1,180,391.00

CARDIOSERVICES		
	MMM	PMC
Plusvalía	\$894,422.00	\$1,990,931.00

por plusvalía y \$481,786 por pérdida de ingresos; y el Dr. Marini y el Dr. Santiago fueron compensados cada uno con \$500,000 por concepto de las angustias y sufrimientos mentales. *Id.*, pág. 699.

¹⁷ Notificada el 6 de abril del mismo año.

Pérdida de Ingresos ¹⁸	\$1,643,859.00	\$3,299,850.00
TOTAL	\$2,538,281.00	\$5,290,781.00

DR. RICARDO SANTIAGO	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos	\$75,000.00	\$75,000.00
Angustias Mentales	\$250,000.00	\$250,000.00
TOTAL	\$325,000.00	\$325,000.00

DR. ORLANDO MARINI	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos/ Daños Continuos	\$400,000.00	\$400,000.00
Angustias Mentales	\$250,000.00	\$250,000.00
TOTAL	\$650,000.00	\$650,000.00

	MMM	PMC
TOTAL A PAGAR	\$3,993,412.00	\$7,421,172.00

Por último, el TPI enmendó el dictamen para reducir la tasa de interés de 4.50% a 4.25% por sentencia y costas. Además, determinó que no procedía la imposición de honorarios de abogado por temeridad, ni la renovación automática o reinstalación de los contratos.

Inconformes aún, el Dr. Marini, el Dr. Santiago, Cardio Services y Diagnostic presentaron el recurso apelativo **KLAN202100311** el 4 de mayo de 2021; arguyeron que el TPI incidió en las siguientes instancias, a saber:

[a] pesar de las constantes determinaciones del TPI y de este TA sobre la mala fe, comportamiento doloso y obstinación de los planes, desde el principio de los casos, la sentencia no hizo una determinación de temeridad, negándose a imponer honorarios de abogados a los apelados y a fijar intereses desde que surgieron las causas de acción de la reconvención, como lo requiere la Regla 44.3 (b) de Procedimiento Civil.

[a] pesar de que la sentencia determinó que desde que se inició la relación con los apelantes, los planes conocían de la existencia de las clínicas ambulatorias y que los servicios rendidos en ellas por la apelante Cardio Services no eran ilegales, la sentencia se negó a compensar por la pérdida económica sufrida por Cardio Services sobre ese servicio a raíz del incumplimiento contractual doloso de los planes médicos.

¹⁸ Valor dado por el perito Lebrón Jiménez, menos el 33% aproximado por concepto de los ingresos atribuibles a las clínicas externas.

[a] pesar de la determinación de incumplimiento contractual doloso por la cancelación de los contratos por los apelados, la sentencia no reconoció el derecho de los apelantes a la renovación automática de sus contratos, por lo menos hasta la fecha de la sentencia, cuando esa había sido la práctica de los planes, antes de su incumplimiento contractual. La sentencia tampoco restituyó los contratos a los apelantes.

Por otra parte, el 6 de mayo de 2021 MMM y PMC radicaron el recurso apelativo **KLAN202100321**. Indican que el TPI erró al:

[c]oncluir que hubo dolo en el incumplimiento de los contratos, y, por tanto, al conceder daños por dolo, toda vez que la prueba no estableció la mala fe e intención requerida como cuestión de derecho y lo que demostró, a lo sumo, fue que hubo negligencia en la cancelación del contrato.

[c]onceder los siguientes daños o partidas a Cardio Services y a Diagnostic Nuclear:

- 1. Por pérdida de siete (7) años de ingreso y plusvalía a perpetuidad, cuando la prueba demostró que aun si los contratos no se hubiesen terminado en la fecha que fueron terminados, los contratos tenían término fijo y no había expectativa razonable de que los contratos fuesen a ser renovados más allá de dicho término;*
- 2. En cuanto al cálculo de siete años de lucro cesante, al no hacer descuento a valor presente a dos de los siete años, descontar los siguientes cinco años utilizando una tasa de descuentos sin riesgo, lo que resulta en otorgar una cuantía mayor de la que el TPI concluyó que procedía;*
- 3. Por pérdida de ingreso y plusvalía sobrestimada dado que excluyó los ingresos y tendencia decrecientes de Cardio Services a partir de enero de 2007 y hasta la terminación en 2008 y los informes de facturación presentados como prueba por los demandados-reconvinientes demuestran que la merma no fue ocasionada por falta de pago sino por reducción en procedimientos realizados;*
- 4. Erró el TPI al no considerar que los Planes realizaron pagos luego de la terminación de los contratos, por lo que procedía descontar la cantidad de \$535,000 del cómputo de pérdida de ingresos, conforme a la prueba pericial presentada;*
- 5. En cuanto a la pérdida de siete (7) años de lucro cesante y plusvalía al no considerar que los gastos se presumen variables como cuestión de derecho y, toda vez que no se presentó prueba en contrario, tienen que ser descontados de los ingresos brutos para fines del cálculo;*
- 6. Por pérdida de siete años de ingreso y plusvalía cubriendo periodos en común, porque ello constituye remedios duplicativos, lo cual es punitivo y no permitido.*
- 7. En cuanto a la plusvalía concedida a Cardio Services, al no ajustar el cómputo para eliminar lo relacionado a las clínicas externas;*
- 8. En cuanto a la plusvalía, al adoptar los cálculos de los Reconvinientes, a pesar de haber concluido que la prueba demostró que un 80% de plusvalía es sobrestimado.*

[c]onceder daños por pérdida de ingresos y daños continuos al Dr. Marini toda vez que el cálculo consideró eventos que ocurrieron por un periodo excesivo y hasta luego del término de cinco años que utilizó el TPI para calcular los daños y no correspondía considerar los daños sufridos por un tercero no parte en el pleito y para los cuales no se presentó prueba de la cuantía.

[c]onceder daños por pérdidas de ingresos al Dr. Santiago toda vez que no se presentó prueba que apoye la compensación otorgada.

Por otra parte, el 6 de abril del 2021 el TPI notificó una Resolución en la que autorizó la concesión de costas solicitada por los reconvinientes-apelantes. Inconformes, el 6 de mayo de 2021 MMM y PMC presentan el auto de *certiorari* **KLCE202100566**.

Aducen que foro sentenciador incidió al:

[i]mponer a los Planes la obligación de pagar una cuantía altísima e irrazonable por concepto de costas, a pesar de que su necesidad y razonabilidad no estaba justificada.

[i]mponer a los Planes la obligación de pagar los gastos de peritos.

[c]onceder las costas por sellos de correo, deposiciones y transcripciones de juicio.

-II-

Resumidos los hechos que originan la presente controversia, examinemos el derecho aplicable.

-A-

KLAN202100311 y KLAN202100321

A. Apreciación y estándar de la prueba en casos civiles.

Sabido es que los tribunales apelativos, de ordinario, aceptan “como correctas las determinaciones de hechos de los tribunales de instancia, al igual que su apreciación sobre la credibilidad de los testigos y el valor probatorio de la prueba presentada en sala”.¹⁹ A pesar de ello, en ocasiones, la deferencia al arbitrio del juzgador de los hechos no es absoluta.²⁰ De manera, que:

[a]unque alguna prueba sostenga las determinaciones de hechos del tribunal, si de un análisis de la totalidad de la evidencia este Tribunal queda convencido de que se cometió un error, como cuando las conclusiones están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la evidencia recibida, las consideraremos claramente erróneas.²¹

En cuanto a las determinaciones de hecho y conclusiones de

¹⁹ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, supra, pág. 771.

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Id.*, pág. 772.

derecho, la Regla 42.2 de Procedimiento Civil apunta que:

[l]as determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos.²²

Dicho de otro modo, las determinaciones de hechos basadas en la credibilidad conferida por el juzgador a los testigos que declaren ante sí merecen gran deferencia.²³ Por tanto, nuestra intervención con la evaluación de la prueba testifical procede únicamente cuando un análisis integral de la misma “nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia”.²⁴ De ahí, que nuestro reglamento establece que cuando una parte señale algún error relacionado con la suficiencia de la prueba testifical o la apreciación errónea de la misma, deberá someter una transcripción, exposición estipulada o narrativa de la prueba.²⁵

En cuanto a la evaluación y suficiencia de la prueba, la Regla 110 de Evidencia establece los principios que el juzgador deberá evaluar a la hora de determinar cuáles hechos quedaron establecidos.²⁶ En lo que nos concierne, la mencionada regla preceptúa que:

- (A) *El peso de la prueba recae sobre la parte que resultaría vencida de no presentarse evidencia por alguna de las partes.*
- (B) *La obligación de presentar evidencia primeramente recae sobre la parte que sostiene la afirmativa en el asunto en controversia.*
- (C) *Para establecer un hecho, no se exige aquel grado de prueba que, excluyendo posibilidad de error, produzca absoluta certeza.*
- (D) *La evidencia directa de una persona testigo que merezca entero crédito es prueba suficiente de cualquier hecho[.]*
- (E) *[...]*
- (F) *En los casos civiles, la decisión de la juzgadora o el juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba a base de criterios de probabilidad.²⁷*

²² 32 LPRA Ap. V, R. 42.2.

²³ *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, *supra*, pág. 356.

²⁴ *Rivera Menéndez v. Action Service*, 185 DPR 431, 444 (2012).

²⁵ Regla 19 (A) del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 19 (A). Véanse, además, Reglas 19 (B), 20, 76 (A) y (E).

²⁶ 32 LPRA, Ap. VI, R. 110.

²⁷ *Ibid.*

En otras palabras, le corresponde al TPI determinar si la prueba desfilada es suficiente para establecer la veracidad de los hechos alegados.²⁸ Así las cosas, no basta con formular meras alegaciones o teorías, pues estas no constituyen prueba.²⁹

Respecto al valor probatorio que le otorgue el TPI a los testimonios periciales, la Regla 702 de Evidencia señala que:

- [e]l valor probatorio del testimonio dependerá, entre otros, de:*
- (A) si el testimonio está basado en hecho o información suficiente;*
 - (B) si el testimonio es el producto de principios y métodos confiables;*
 - (C) si la persona testigo aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso;*
 - (D) si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica;*
 - (E) las calificaciones o credenciales de la persona testigo, y*
 - (F) la parcialidad de la persona testigo.³⁰*

La citada regla establece una serie de factores que inciden sobre el valor probatorio del testimonio pericial, cuyo fin último es ayudar al juzgador a entender determinada prueba o hecho en controversia.³¹ De modo, que: “el juzgador de hechos no está obligado a aceptar las conclusiones de un perito. Por lo tanto, si luego de aquilatar el testimonio pericial, el juzgador concluye que no merece credibilidad, este tiene la facultad de rechazarlo”.³²

B. Incumplimiento de contrato.

El incumplimiento de un contrato consiste en hacer caso omiso de un derecho que se ha concedido o de una obligación en que se incurre mediante un convenio celebrado entre las partes.³³ Así, en una acción derivada de contratos, procede una indemnización en daños y perjuicios cuando el daño sufrido surge

²⁸ *Belk v. Martínez*, 146 DPR 215, 231 (1998).

²⁹ *U.P.R. v. Hernández*, 184 DPR 1001, 1013 (2012); *Pereira Suárez v. Jta. Dir. Cond.*, 182 DPR 485, 510 (2011).

³⁰ 32 LPRA, Ap. VI, R. 702.

³¹ E. Rivera García, *El valor del testimonio pericial en los procesos judiciales*, 47 Rev. Jur. U. Inter. P.R. 87, 99-100 (2013).

³² *Id.*, pág. 101.

³³ *Santiago Nieves v. A.C.A.A.*, 119 DPR 711, 716 (1987) citando a *Busó v. Martínez*, 18 DPR 1035, 1037 (1912).

exclusivamente como consecuencia del incumplimiento de una obligación específicamente pactada.³⁴ El Art. 1054 del derogado Código Civil, dispone que “quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados, los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravienen al tenor de aquellas”.³⁵ De manera que la extensión de la indemnización está sujeta a la determinación de la causa del incumplimiento.

La culpa o negligencia del deudor consiste en la omisión de la diligencia que exige la naturaleza de la obligación.³⁶ Conforme el mandato fijado en el Art. 1057 del Código Civil, el estándar de cuidado para determinar si un acto es o no es negligente, es la diligencia exigible a un buen padre de familia.³⁷ De manera que el deudor incumple, no por mala fe, sino falta de diligencia.³⁸ En ese sentido, para efectos de los daños que se podrán indemnizar a causa del incumplimiento por negligencia, aplicarán aquellos por los que responde un deudor de buena fe; entiéndase, “los previstos o los que se hayan podido prever al tiempo de constituirse la obligación y que sean consecuencia necesaria de la falta de cumplimiento de la obligación”.³⁹

Por otra parte, el dolo es la negativa consciente, intencionada y voluntaria del deudor a cumplir su obligación, sabiendo que realizará un acto injusto.⁴⁰ Ello supone que el obligado tenga conocimiento de la obligación que sobre él pesa, del acto o la abstención que va a realizar y de las consecuencias que ello

³⁴ *Ramos Lozada v. Orientalist Rattan Furniture, Inc.*, 130 DPR 712, 727 (1992).

³⁵ 31 LPRA sec. 3018.

³⁶ Art. 1057 del Código Civil, derogado. 31 LPRA sec. 3021.

³⁷ *Id.*; *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al*, 185 DPR 880 (2012).

³⁸ *800 Ponce de León Corp. v. American International Insurance Company of Puerto Rico*, 205 DPR 163, 181-182 (2020).

³⁹ Art. 1060 del Código Civil, derogado. 31 LPRA sec. 3024.

⁴⁰ *800 Ponce de León Corp. v. American International Insurance Company of Puerto Rico*, supra, pág. 182; *Mayagüez Hilton Corp. v. Betancourt*, 156 DPR 234 (2002).

produce.⁴¹ Es decir, “el dolo no implica, necesariamente, un designio malévolo del deudor, sino sólo conocimiento del hecho de su propio incumplimiento, consciente de que ha de afectar la expectativa del acreedor”.⁴² En palabras del tratadista Vélez Torres: “no hay que probar la intención de causar daño, basta con probar que el deudor estaba consciente de que sus actos culminarían en un incumplimiento futuro”.⁴³ De manera que el dolo es mucho más que una actitud de dejadez ante las obligaciones. El dolo en el incumplimiento de las obligaciones se equipara con la mala fe.⁴⁴

En virtud de lo anterior, en el caso del incumplimiento doloso la responsabilidad del que incumplió aumenta. El Art. 1060 del Código Civil ordena que el deudor responderá de todos los daños y perjuicios que conocidamente se deriven de la falta de cumplimiento de la obligación.⁴⁵ Es decir, “no hay que alegar y probar que ese daño en particular era uno previsible al momento de contratar. Basta con que se cumpla con el requisito de probar nexo causal entre el incumplimiento y el daño cuya indemnización se reclama”.⁴⁶ Además, aun cuando el dolo no se presume, no tiene que probarse directamente y puede inferirse de prueba circunstancial como cualquier otro hecho.⁴⁷

C. Valoración de los daños.

El proceso de valorar los daños es uno de los ejercicios de la función judicial más complejos, puesto que implica adjudicar un valor monetario a un daño que solamente puede ser aprehendido en toda su extensión por quien lo sufre. Las prácticas judiciales

⁴¹ J. Puig Brutau, *Fundamentos de Derecho Civil*, Barcelona, Ed. Bosch, 1982, T. II, Vol. 2, pág. 165.

⁴² *Mayagüez Hilton Corp. v. Betancourt*, supra, pág. 253.

⁴³ J. Vélez Torres, *Derecho de Obligaciones*, 2da Ed., San Juan, Escuela de Derecho de la Universidad Interamericana, 1997, págs. 41-45.

⁴⁴ M. García Cárdenas, *Derecho de Obligaciones y Contratos*, 2da Ed., Puerto Rico, MJ Editors, 2017, págs. 342 y 343, citando a *Canales v. Pan American*, 112 DPR 329, 340 (1982). Subrayado nuestro.

⁴⁵ 31 LPRA sec. 3024.

⁴⁶ García Cárdenas, *op cit.*, pág. 348.

⁴⁷ *Márquez v. Torres Campos*, 111 DPR 854, 871 (1982).

reiteradas dan un marco de referencia adecuado para que los tribunales puedan hacer dicha gestión estimatoria con alguna uniformidad.⁴⁸ No obstante, como no existen casos exactamente iguales y cada uno depende de sus propias circunstancias al momento de valorizar los daños, está implícito un ejercicio de discreción guiado por el sentido de justicia del juzgador.⁴⁹ La tarea de valorar el daño lleva consigo cierto grado de especulación e involucra elementos subjetivos del juzgador, tales como la discreción y el sentido de justicia y conciencia humana.⁵⁰

Ahora bien, son los jueces de instancia los que están en mejor posición que los tribunales apelativos para hacer esta evaluación, toda vez que estos son los que tienen contacto directo con la prueba presentada.⁵¹ Por ello, los foros revisores guardaremos deferencia a las valorizaciones de daños que hagan los foros de primera instancia.⁵² De manera que quien solicite modificar la cuantía concedida tendrá el peso de la prueba.⁵³ De este modo, la parte que solicita la modificación de la indemnización concedida por el foro de instancia deberá demostrar que en efecto existen circunstancias que así lo justifican.⁵⁴ Sin embargo, a pesar de que la tarea de valoración de daños puede generar múltiples criterios, tal tarea debe residir, dentro de lo posible, en el juicio del juzgador de los hechos, enmarcado dentro de un análisis de razonabilidad. De no existir algún error manifiesto, parcialidad o prejuicio en tal apreciación, no corresponde nuestra intervención.⁵⁵

D. La indemnización por lucro cesante y plusvalía.

El Art. 1059 del Código Civil derogado establece que: “[l]a

⁴⁸ *Herrera, Rivera v. S.L.G. Ramírez-Vicéns*, 179 DPR 774 (2010).

⁴⁹ *Rodríguez et al. v. Hospital et al.*, 186 DPR 889 (2012).

⁵⁰ *Santiago Montañez, et al. v. Fresenius Medical Care, et al.*, 195 DPR 476 (2016).

⁵¹ *Herrera, Rivera v. S.L.G. Ramírez-Vicéns*, supra.

⁵² *Santiago Montañez, et al. v. Fresenius Medical Care, et al.*, supra.

⁵³ *Meléndez Vega v. El Vocero de PR*, 189 DPR 123 (2013).

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

indemnización de daños y perjuicios comprende no sólo el valor de la pérdida que haya sufrido, sino también el de la ganancia que haya dejado de obtener el acreedor”.⁵⁶ Citando a Manresa, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha señalado, en lo pertinente, que este artículo: “provee una compensación cuando se impide a una persona aprovecharse de lo que le hubiera correspondido”.⁵⁷ Esta disposición preceptúa que una indemnización en daños y perjuicios no solo comprende el valor de la pérdida que haya sufrido la persona, sino que también la ganancia que esta haya dejado de percibir.⁵⁸

Así pues, por **lucro cesante** debe entenderse como “aquella partida de daño que debe ser resarcida por concepto de la pérdida de ingresos ocasionada al perjudicado y la disminución de su capacidad productiva”.⁵⁹ De ahí, que el reclamante debe establecer que la interrupción y cese de sus ingresos fue a consecuencia de las actuaciones del demandado.⁶⁰

En otras palabras, el lucro cesante constituye “una ganancia futura frustrada que con cierta probabilidad se esperaba”.⁶¹ Así las cosas, “sustituye los ingresos generados por el trabajo, que se han dejado de percibir por motivo de un acto culposo o negligente”.⁶² Cabe señalar, que al estimar y valorizar la partida que habrá de ser concedida por concepto de lucro cesante, permea esencialmente un elemento de razonabilidad.⁶³

Si bien “los daños compensables en casos de lucro cesante se refieren a la ganancia neta insatisfecha por la conducta del demandado, no al ingreso bruto”,⁶⁴ las ecuaciones matemáticas

⁵⁶ 31 LPRA sec. 3023.

⁵⁷ *El Coquí Landfill v. Mun. Gurabo*, 186 DPR 688, 697 (2012).

⁵⁸ *P.R.F.S. v. Promoexport*, 187 DPR 42, 60-61 (2012).

⁵⁹ *S.L.G. Rodríguez v. Nationwide*, 156 DPR 614, 623 (2002).

⁶⁰ *Id.*, págs. 623-624.

⁶¹ *P.R.F.S. v. Promoexport*, supra, pág. 61.

⁶² *Díaz v. Alcalá*, 140 DPR 959, 973 (1996).

⁶³ *Id.*, pág. 625.

⁶⁴ *El Coquí Landfill v. Mun. Gurabo*, supra, págs. 697-698.

utilizadas en decisiones previas no constituyen una fórmula fija y rígida que deba aplicarse estrictamente en toda determinación de lucro cesante.⁶⁵

Por otra parte, la **plusvalía** se define como el “acrecimiento del valor de una cosa por causas extrínsecas a ella”.⁶⁶ Así como el “valor superior al comercial que tiene un activo debido a ciertos factores como la buena reputación de la compañía, la honorabilidad de sus administradores, la preferencia del público, etc.”.⁶⁷

En *Calvo Mangas v. Aragonés Jiménez*,⁶⁸ el Tribunal Supremo de Puerto Rico definió la plusvalía como “el valor comercial desarrollado”. También, los tratadistas la han definido como la capacidad de un negocio para obtener una ganancia sobre sus activos netos en exceso del rendimiento normal que obtienen otras firmas en la misma línea de negocios.⁶⁹

Mientras que en *Puerto Rico Oil Company, Inc. v. Dayco Products, Inc.*,⁷⁰ en una acción civil traída al palio de la Ley 75 sobre Contratos de Distribución,⁷¹ se reconoció la plusvalía como:

*[e]l menoscabo al valor creado a la operación del establecimiento comercial con el desarrollo del mercado de un producto; es ese valor añadido de un negocio en operación o de un producto que surge del patrocinio del distribuidor o de su esfuerzo, le lealtad de los clientes o de la mera localización.*⁷²

Asimismo, existen varios métodos aceptados en el campo de la valorización de negocios utilizados para determinar la cuantía de la plusvalía. Así, por ejemplo, el método de la capitalización del exceso de ingresos y, el de los beneficios futuros descontados al

⁶⁵ S.L.G. Rodríguez v. Nationwide, supra, pág. 625.

⁶⁶ Diccionario de la Lengua Española, 22da ed., Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 2001, T.II, pág. 1789.

⁶⁷ G. Solís y R. Gasteazoro, Jr., Diccionario Legal, St. Paul, MN, West Publishing Co., 1992, pág. 540.

⁶⁸ 115 DPR 219, 229 (1984).

⁶⁹ S. Antonetti Zequeira, La medida de los daños bajo la Ley 75, 58 Rev. Jur. U.P.R. 227, 239 (1989).

⁷⁰ 164 DPR 486 (2005).

⁷¹ Ley Núm. 75 de 24 de junio de 1964, según enmendada, conocida como Ley de Contratos de Distribución. 10 LPRA sec. 278 et seq.

⁷² Puerto Rico Oil Company, Inc. v. Dayco Products, Inc, supra, pág. 509.

presente.⁷³ Claro está, no se trata de una fórmula matemática definitiva o de aplicación mecánica.⁷⁴ Su cuantificación dependerá de la credibilidad que le atribuya el juzgador de los hechos a la prueba documental, testifical y pericial que presente la parte que reclame los daños sufridos.⁷⁵

En vista de lo anterior, se ha reconocido que procede la concesión de daños por el menoscabo a la plusvalía y por la pérdida de ingresos, cuando las circunstancias particulares del caso lo ameriten y se presente la prueba que apoye el resarcimiento de ambos tipos de daños.⁷⁶

E. Los honorarios de abogado por temeridad.

La Regla 44.1 de Procedimiento Civil faculta a los tribunales a imponer el pago de una cuantía por concepto de honorarios de abogado en casos donde cualquiera de las partes o sus abogados hayan procedido con temeridad o frivolidad.⁷⁷

Ahora bien, la falta de una definición de lo que constituye temeridad, ha invitado al Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresar que “[l]a temeridad es una actitud que se proyecta sobre el procedimiento y que afecta el buen funcionamiento y la administración de la justicia”.⁷⁸

En nuestro ordenamiento dicho concepto es amplio, sin embargo, se ha señalado, a modo de ejemplo, que constituye temeridad “[n]egar un hecho que le consta es cierto al que hace la alegación”.⁷⁹ El propósito de este mecanismo es penalizar al que con su conducta ha obligado a la parte adversa en un litigio a incurrir en gastos.⁸⁰ Los honorarios por temeridad se imponen como:

⁷³ *Id.*, págs. 507-508

⁷⁴ *Id.*, pág. 506.

⁷⁵ *Id.*, págs. 506-507.

⁷⁶ *Id.*, pág. 510.

⁷⁷ 32 LPR Ap. V, R. 44.1.

⁷⁸ *Jarra Corp. v. Axxis Corp.*, 155 DPR 764, 779 (2001).

⁷⁹ *Meléndez Vega v. El Vocero de PR*, 189 DPR 123, 212 (2013); *P.R. Oil v. Dayco*, 164 DPR 486, 511 (2005).

⁸⁰ *S.L.G. Flores-Jiménez v. Colberg*, 173 DPR 843, 866 (2008).

[p]enalidad a un litigante perdidoso que por su terquedad, obstinación, contumacia e insistencia en una actitud desprovista de fundamentos, obliga a la otra parte, innecesariamente, a asumir las molestias, gastos, trabajos e inconveniencias de un pleito.⁸¹

La imposición de honorarios por temeridad descansa en la sana discreción de los tribunales.⁸² Por tanto, una vez un tribunal de primera instancia determina que hubo temeridad, la imposición de honorarios es mandatoria.⁸³ De modo, que: “[p]or ser la determinación de temeridad de índole discrecional, solo debemos de intervenir con ella cuando nos enfrentemos a un caso de abuso de discreción”.⁸⁴

F. Intereses legales.

La concesión de intereses legales está contemplada en la Regla 44.3 de Procedimiento Civil cuyo texto dispone que:

(a) Se incluirán intereses al tipo que fije por reglamento la Junta Financiera de la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras, y que esté en vigor al momento de dictarse la sentencia, en toda sentencia que ordena el pago de dinero, a computarse sobre la cuantía de la sentencia desde la fecha en que se dictó la sentencia y hasta que esta sea satisfecha, incluyendo las costas y honorarios de abogado. El tipo de interés se hará constar en la sentencia. [...].

(b) El tribunal también impondrá a la parte que haya procedido con temeridad el pago de interés al tipo que haya fijado la Junta en virtud del inciso (a) de esta regla y que esté en vigor al momento de dictarse la sentencia desde que haya surgido la causa de acción en todo caso de cobro de dinero y desde la presentación de la demanda, en caso de daños y perjuicios, y hasta la fecha en que se dicte sentencia a computarse sobre la cuantía de la sentencia [...].⁸⁵

De lo anterior se desprende que existen dos tipos de intereses legales: el post sentencia y el pre sentencia.⁸⁶

El primero es al que tiene derecho toda parte que obtenga una sentencia a su favor y que habrá de computarse sobre el monto de la misma desde el momento que es dictada hasta que sea satisfecha.⁸⁷

El segundo, es impuesto sobre la cuantía de la sentencia

⁸¹ *Andamios de PR v. Newport Bonding*, 179 DPR 503, 520 (2010).

⁸² *Torres Montalvo v. García Padilla*, 194 DPR 760, 790 (2016).

⁸³ *Meléndez Vega v. El Vocero de PR*, supra, pág. 211.

⁸⁴ *Andamios de PR v. Newport Bonding*, supra, pág. 546.

⁸⁵ 32 LPRA Ap. V, R. 44.3.

⁸⁶ *Montañez v. U.P.R.*, 156 DPR 395, 424-425 (2002).

⁸⁷ *Id.*, pág. 425.

contra la parte que haya procedido con temeridad durante la tramitación del pleito.⁸⁸ “En casos de cobro de dinero, se computará desde que haya surgido la causa de acción hasta la fecha en que se dicte sentencia, y en casos de daños y perjuicios, desde la presentación de la demanda hasta la fecha en que se dicte sentencia, salvo aquellas excepciones que la misma regla dispone.”⁸⁹

Sobre los intereses cuya imposición reconoce el inciso (b) de la citada regla, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado que su imposición es de la misma naturaleza que acarrea la condena del pago de honorarios de abogado por temeridad.⁹⁰ A saber, “disuadir la litigación frívola y fomentar las transacciones mediante sanciones que compensen a la parte victoriosa por los perjuicios económicos y las molestias producto de la temeridad de la otra parte”.⁹¹

En fin, la imposición por temeridad del TPI es altamente discrecional y no habremos de intervenir con la misma en nuestra función revisora, salvo se demuestre que la determinación de imponerlos constituyó un abuso de discreción.⁹²

-B-

KLCE202100566

A. *El auto de certiorari.*

Sabido es que el auto de *certiorari* es “un vehículo procesal discrecional que permite a un tribunal de mayor jerarquía revisar las determinaciones de un tribunal inferior”.⁹³ En ese sentido, se entenderá por discreción el “tener poder para decidir en una forma u otra, esto es, para escoger entre uno o varios cursos de acción”.⁹⁴

⁸⁸ *Id.*

⁸⁹ *Id.*

⁹⁰ *Id.*

⁹¹ *Marrero Rosado v. Marrero Rosado*, 178 DPR 476, 504 (2010).

⁹² *Id.*, pág. 505.

⁹³ *IG Builders et al. v. BBVAPR*, 185 DPR 307, 337-338 (2012); *Pueblo v. Díaz de León*, 176 DPR 913, 917 (2009).

⁹⁴ *García v. Asociación*, 165 DPR 311, 321 (2005).

Es por ello, que la Regla 52.1 de Procedimiento Civil, delimita las instancias en que habremos de atender y revisar mediante *certiorari* las resoluciones y órdenes emitidas por TPI; a saber, estas son:

[e]l recurso de certiorari para revisar resoluciones u órdenes interlocutorias dictadas por el Tribunal de Primera Instancia, solamente será expedido por el Tribunal de Apelaciones cuando se recurra de una resolución u orden bajo las Reglas 56 y 57 o de la denegatoria de una moción de carácter dispositivo. No obstante, y por excepción a lo dispuesto anteriormente, el Tribunal de Apelaciones podrá revisar órdenes o resoluciones interlocutorias dictadas por el Tribunal de Primera Instancia cuando se recurra de decisiones sobre la admisibilidad de testigos de hechos o peritos esenciales, asuntos relativos a privilegios evidenciarios, anotaciones de rebeldía, en casos de relaciones de familia, en casos que revistan interés público o en cualquier otra situación en la cual esperar a la apelación constituiría un fracaso irremediable de la justicia. Al denegar la expedición de un recurso de certiorari en estos casos, el Tribunal de Apelaciones no tiene que fundamentar su decisión.

Cualquier otra resolución u orden interlocutoria expedida por el Tribunal de Primera Instancia podrá ser revisada en el recurso de apelación que se interponga contra la sentencia sujeto a lo dispuesto en la Regla 50 sobre los errores no perjudiciales.⁹⁵

Así pues, y con el fin de que podamos ejercer de forma sabia la facultad discrecional —de entender o no en los méritos de los asuntos que son planteados mediante el referido recurso— la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones,⁹⁶ dispone los criterios a considerar para determinar la procedencia de la expedición del auto de *certiorari*; y que aquí, listamos:

- (A) *Si el remedio y la disposición de la decisión recurrida, a diferencia de sus fundamentos, son contrarios a derecho.*
- (B) *Si la situación de hechos planteada es la más indicada para el análisis del problema.*
- (C) *Si ha mediado prejuicio, parcialidad o error craso y manifiesto en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Primera Instancia.*
- (D) *Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegatos más elaborados.*
- (E) *Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.*
- (F) *Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final del litigio.*
- (G) *Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.*

Siendo la discreción lo distintivo para la expedición de este

⁹⁵ 32 LPRA Ap. V, R. 52.1.

⁹⁶ 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 40.

recurso, se ha dispuesto que:

[d]e ordinario, no se intervendrá con el ejercicio de discreción de los tribunales de instancia, salvo que se demuestre que hubo un craso abuso de discreción, o que el tribunal actuó con perjuicio o parcialidad, o que se equivocó en la interpretación o aplicación de cualquier norma procesal o de derecho sustantivo, y que nuestra intervención en esa etapa evitará un perjuicio sustancial.⁹⁷

De manera, que si la actuación del TPI no está desprovista de base razonable ni perjudica los derechos sustanciales de las partes, deberá prevalecer el criterio del juez de primera instancia a quien le corresponde la dirección del proceso.⁹⁸

B. Costas.

La Regla 44.1(a) establece que la parte perdedora en un pleito estaba obligada a pagar a la parte victoriosa las costas en que hubiese incurrido para poder presentar exitosamente su reclamación o su defensa ante los tribunales.⁹⁹ El inciso (a) de la Regla 44.1 de Procedimiento Civil indica que:

[...] Las costas le serán concedidas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito o se dicte sentencia en apelación o revisión, excepto en aquellos casos en que se disponga lo contrario por ley o por estas reglas. Las costas que podrá conceder el tribunal son los gastos incurridos necesariamente en la tramitación de un pleito o procedimiento que la ley ordena o que el tribunal, en su discreción, estima que una parte litigante debe reembolsar a otra.¹⁰⁰

La imposición de costas tiene el propósito de resarcir a la parte victoriosa en un litigio mediante el reembolso de los gastos necesarios y razonables incurridos durante el mismo.¹⁰¹ Además, busca servir de disuasivo al desalentar los pleitos temerarios y superfluos que se llevan a cabo con el solo propósito de retrasar la justicia.¹⁰² El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado que estas se justifican debido a que el derecho de la parte vencedora no

⁹⁷ *García v. Asociación*, supra, pág. 338; *Zorniak Air Services v. Cessna Aircraft Co.*, 132 DPR 170, 181 (1992).

⁹⁸ *SLG Zapata-Rivera v. J.F. Montalvo*, 189 DPR 414, 434-435 (2013).

⁹⁹ 32 LPRA Ap. V, R. 44.1(a).

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 934; *Comisionado v. Presidenta*, 166 DPR 513, 518 (2005).

¹⁰² *J.T.P. Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, 130 DPR 456, 460 (1992).

debía quedar menguado por los gastos en que tuvo que incurrir sin su culpa y por culpa del adversario.¹⁰³ Una vez se reclaman, la imposición de costas a favor de la parte victoriosa es mandatoria, aun cuando la parte perdedora no haya actuado con temeridad.¹⁰⁴

Sin embargo, no todos los gastos del litigio se consideran costas recobrables. Es decir, el tribunal no deberá aprobar gastos innecesarios, superfluos o extravagantes, sino que deberá determinar cuáles gastos fueron necesarios y razonables.¹⁰⁵

[L]as costas procesales no cubren la totalidad de los gastos que ocasiona el proceso; ya que no son sinónimos de los gastos del litigio y tienen una interpretación restrictiva que se justifica tradicionalmente en el interés de garantizar el mayor acceso a los litigantes de manera económica. (Cita omitida).

Quedan sujetos a las disposiciones del mencionado precepto procesal únicamente aquellos expendios que se consideren necesarios en la gestión judicial. Igualmente corresponde al tribunal, dentro del marco de su discreción, evaluar la razonabilidad de los mismos. (Cita omitida).¹⁰⁶

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reconocido como gastos recobrables en costas, entre otros, los sellos de presentación de la demanda, gastos de emplazamiento, sellos cancelados para efectuar un embargo y fianza de embargo.¹⁰⁷ Así también, los sellos de rentas internas son gastos indispensables para la adecuada presentación de documentos o escritos ante el Tribunal. En ese sentido, un escrito que no contenga dichos sellos se tiene como no presentado y a todos los efectos es nulo.¹⁰⁸ Por ello, los gastos en sellos de rentas internas se consideran costas recobrables por el litigante victorioso.¹⁰⁹

En cambio, los gastos por concepto de uso de mensajeros, teléfono, caja chica, sellos de correo, servicios de fotocopia y gastos

¹⁰³ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance Insurance*, supra, pág. 934.

¹⁰⁴ *Id.*

¹⁰⁵ *Id.*, pág. 535; *J.T.P. Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, supra.

¹⁰⁶ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance Insurance*, supra, págs. 935.

¹⁰⁷ *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, 88 DPR 245, 258-259 (1963).

¹⁰⁸ *Maldonado v. Pichardo*, 104 DPR 778, 781-782 (1976).

¹⁰⁹ R. Hernández Colón, *Práctica Jurídica de Puerto Rico, Derecho Procesal Civil*, 5ta ed., San Juan, LexisNexis de Puerto Rico, Inc., 2010, pág. 382.

de oficina de similar naturaleza, no son recobrables como costas, en ausencia de demostración de especial necesidad en términos de una gestión particular relacionada con el caso. Todos esos gastos “participan de la naturaleza de gastos de oficina generales, necesarios para el ejercicio de la profesión de abogado, no recobrables como costas”.¹¹⁰ Tampoco son incluibles como costas los gastos de transcripciones de récords de vistas, cuando tales transcripciones se solicitan por ser convenientes, pero no necesarias, para los reclamantes. De igual forma, el gasto incurrido en obtener deposiciones es recobrable si son necesarias, aunque no se usen en las vistas del caso.¹¹¹

Por otra parte, los gastos de un perito se consideran costas recobrables cuando su gasto sea justificado.¹¹² En ese sentido, le corresponde a la parte que los reclama demostrar que “el testimonio pericial presentado era necesario para que prevaleciera su teoría”.¹¹³

A ese fin, se ha establecido por el Tribunal Supremo de Puerto Rico:

Así pues, lejos de ser automática, la designación de la compensación de un perito como costas está sujeta a los rigores del escrutinio judicial a través del cual se examinará tanto la naturaleza de su preparación, como la utilidad de su intervención. Significa esto que, deben tomarse en cuenta las credenciales que ostenta el experto designado para rendir una opinión sobre una materia en particular. También corresponde examinar el alcance de su testimonio, para de este modo estar en posición de aquilatar su utilidad en beneficio de la postura procesal de la parte que resulte victoriosa. Cónsono con lo anterior, se descartará el mismo en la medida en que éste resulte “irrelevante, inmaterial o innecesario” en la tramitación del caso del que solicita el reembolso. (Citas omitidas).¹¹⁴

En fin, este foro revisor no intervendrá con la discreción del TPI al reconocer como costas ciertas partidas, gastos razonables y necesarios en el trámite del pleito, en ausencia de que se demuestre que se cometió un abuso de discreción.¹¹⁵

¹¹⁰ *Andino Nieves v. A.A.A.*, 123 DPR 712, 718 (1989).

¹¹¹ *Pereira v. I.B.E.C.*, 95 DPR 28, 78 (1967).

¹¹² *Andino Nieves v. A.A.A.*, supra, pág. 716.

¹¹³ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, pág. 935, citando a *Rodríguez Cancel v. A.E.E.*, 116 DPR 443, 461 (1985).

¹¹⁴ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, págs. 935-936.

¹¹⁵ *Andino Nieves v. A.A.A.*, supra, pág. 719.

-III-

A la luz de la normativa antes expuesta, procedemos a evaluar los errores señalados en los recursos ante nuestra consideración.

-A-**KLAN202100311 y KLAN202100321**

Para lograr un análisis adecuado de los señalamientos de error, procederemos a discutir en primer orden aquellos relacionados al incumplimiento doloso de los contratos,¹¹⁶ al periodo de tiempo por el cual deben computarse los daños por pérdida de ingresos,¹¹⁷ y a la procedencia de una partida por pérdida de ingresos correspondiente a las clínicas externas;¹¹⁸ para luego continuar con la parte dispositiva del dictamen, con la discusión de los errores relativos a la valorización de los daños por pérdida de ingresos, plusvalía y daños continuos,¹¹⁹ así como la imposición de honorarios de abogado por temeridad y los correspondientes intereses legales.¹²⁰ Veamos.

A. Dolo en el incumplimiento de los contratos.

MMM y PMC cuestionan la decisión del TPI de atribuirles una conducta dolosa en la terminación de los contratos. En síntesis, arguyen que la prueba testifical presentada por la parte reconviniente-apelante no logró establecer que los planes médicos actuaron de manera consciente, intencionada y voluntaria al terminar por causa y no renovar los contratos en cuestión y, que lo hicieron con conocimiento del daño. Por el contrario, sostienen que la prueba demostró que las auditorías e investigaciones que se hicieron, previo a la terminación de los contratos, fueron motivadas por el deber de velar por el cumplimiento con las estrictas regulaciones del gobierno federal para los planes de Medicare. Según

¹¹⁶ Error uno del recurso de apelación KLAN202100321.

¹¹⁷ Error tres del recurso de apelación KLAN202100311.

¹¹⁸ Error dos del recurso de apelación KLAN202100311.

¹¹⁹ Errores dos, tres y cuatro del recurso de apelación KLAN202100321.

¹²⁰ Error uno del recurso de apelación KLAN202100311.

MMM y PMC, tales investigaciones levantaron banderas sobre prácticas irregulares de facturación incurridas por los doctores Marini y Santiago, a través de las clínicas de Cardio Services y Diagnostic. De manera que la parte reconvenida-apelada actuó de buena fe y en cumplimiento con su deber al momento de cancelar los contratos.

Asimismo, MMM y PMC argumentan que erró el TPI al admitir prueba sobre hechos ocurridos con posterioridad a la cancelación de los contratos para adjudicar que hubo dolo. En ese sentido, es la contención de dicha parte que el hecho de que se resolvió que luego de la cancelación de los contratos no hubo prueba de fraude, no significa que hubo dolo al momento de la terminación. A lo sumo, MMM y PMC sostienen que fueron negligentes en la terminación de los contratos.

Evaluated los escritos de las partes, así como los documentos que se presentaron en apoyo, concluimos que el TPI no erró al concluir que MMM y PMC incurrieron en dolo al momento de cancelar los contratos con la parte reconviente-apelante. Las determinaciones de hecho que defienden la conclusión de dolo en la Sentencia apelada, fueron sustentadas por la adjudicación de credibilidad de los testimonios y por el valor probatorio merecido por la prueba documental presentada. Además, damos particular importancia al hecho resuelto de que los contratos fueron terminados con causa y no renovados, sin cumplir con las disposiciones del contrato al respecto.¹²¹

No obstante, echemos un vistazo a la prueba que presentaron las partes, a la cual tanto el TPI como a este foro apelativo le mereció entera credibilidad.

Por un lado, el Dr. Richard Shinto (en adelante, Dr. Shinto)

¹²¹ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100311, pág. 426.

—CEO de la empresa matriz de MMM y PMC— declaró que fue informado sobre la alta facturación registrada por Cardio Services, para lo cual recomendó a los planes médicos que se reunieran con el Dr. Marini para indagar al respecto.¹²² Si bien el Dr. Shinto desconocía si dicha reunión se llevó acabo, tal duda se disipó con las propias afirmaciones de la Dra. Josefina López (en adelante, Dra. López) —Chief Medical Officer— y el Dr. Héctor Méndez (en adelante, Dr. Méndez) —Director Médico—, quienes reconocieron durante el juicio que nunca se reunieron con los reconviniertes-apelantes para discutir los hallazgos, previo a la cancelación de los contratos.¹²³

Cónsono con lo anterior, recordemos la determinación que hizo el Tribunal de Apelaciones previamente en el caso KLAN201500613, donde concluyó que MMM canceló los contratos de los reconviniertes-apelantes sin darles oportunidad para explicar o corregir las presuntas faltas.¹²⁴ En ese sentido, la prueba reflejó que los planes médicos no siguieron la recomendación del Dr. Shinto y, contrario a lo que disponían los contratos y las normas de Medicare, MMM y PMC optaron por cancelar los mismos imputándole a los reconviniertes-apelantes haber incurrido en prácticas de facturación *inappropriate and fraudulent*.¹²⁵

Por otra parte, tanto la Dra. López como el Dr. Méndez declararon sobre el proceso de auditoría e investigación realizado contra los doctores Marini y Santiago, e incluyendo también a las clínicas Cardio Services y Diagnostic. No cuestionamos el hecho de que la investigación contra el Dr. Marini y Cardio Services surgió de un análisis actuarial sobre las operaciones de los planes médicos, donde se les identificó como proveedores con alto volumen de

¹²² Transcripción de la prueba oral de 22 de enero de 2019, págs. 4431-4432 y 4435.

¹²³ Transcripción de la prueba oral de 25 de enero de 2019, págs. 4988-4989; transcripción de la prueba oral de 30 de enero de 2019, pág. 5736.

¹²⁴ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100311, pág. 423.

¹²⁵ Apéndice 2 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 239-241.

facturación. Así tampoco, que la consecución de la investigación y la participación de varios departamentos en la misma se realizó a los fines de cumplir con las regulaciones federales sobre Medicare. Sin embargo, la prueba demostró que las interioridades de la investigación y auditoría adolecieron de ciertas deficiencias que ciertamente no justificaban la cancelación unilateral e inmediata de los contratos sin cumplir con las condiciones contratadas para esos fines. Súmese el hecho incontrovertido de que los planes médicos no contaban con un protocolo para la investigación y manejo de fraude. El único protocolo disponible era el de Medicare, el cual exigía que antes de hacer una determinación de fraude se notificara de los hallazgos a los proveedores y se llevara a cabo medidas correctivas para brindar oportunidad de corregir.¹²⁶

En ese sentido, aun cuando la Dra. López testificó sobre los hallazgos de la investigación, indicó que nunca visitó ni habló con el Dr. Marini ni el Dr. Santiago al respecto.¹²⁷ Tampoco revisó los expedientes médicos de Cardio Services y Diagnostic que fueron objeto de auditoría¹²⁸. Por su parte, el Dr. Méndez revisó únicamente 58 expedientes médicos como parte de su investigación; algunos de los cuales no representaban el expediente médico completo del paciente.¹²⁹ Tampoco visitó a los doctores Marini y Santiago, ni las facilidades de Cardio Services y Diagnostic como parte de su investigación, ni antes de la terminación de los contratos.¹³⁰ De cierto, constituye un hecho incontrovertido y admitido por MMM que la auditoría no se hizo conforme a la mejor práctica y, que la muestra de expedientes recopilada para realizar las investigaciones no era

¹²⁶ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100311, pág. 425.

¹²⁷ Transcripción de la prueba oral de 25 de enero de 2019, págs. 5129-5130.

¹²⁸ *Id.*, págs. 4984-4985.

¹²⁹ Transcripción de la prueba oral de 29 de enero de 2019, págs. 5584-5585, 5597.

¹³⁰ *Id.*, págs. 5450-5451 y 5736.

suficiente¹³¹; por lo que los resultados no podían ser extrapolados al universo de la facturación sometida por los doctores Marini y Santiago y las clínicas en cuestión.¹³²

Cónsono con lo anterior, el 16 de abril de 2008 —**previo** al envío de las cartas de terminación en mayo de 2008— el Sr. Salvador Ayende (en adelante, Ayende) —Analista Estadístico de MMM— le envió a la Dra. López y al Dr. Méndez un correo electrónico donde les recalcó “que una muestra de 50 a 55 casos nos[sic] tiene el suficiente poder/validez estadística para estimar un posible recobro de dinero basado en los hallazgos de esta selección de casos”.¹³³ Así lo reafirmó con su testimonio en el juicio, seguido de una recomendación a los planes médicos para continuar con la investigación.¹³⁴ Sin embargo, MMM y PMC ignoraron la advertencia que les hiciera el Sr. Ayende y se remitieron únicamente a los pocos y vanos récords médicos que utilizaron para llegar a sus conclusiones de prácticas fraudulentas, en ánimos de desacreditar a los reconvinentes-apelantes y cancelar, sin más, los contratos unilateralmente.

Noten que el dolo es tal, que ninguno de los testigos de los planes médicos asumió responsabilidad por la decisión tomada y la consecuente redacción de las cartas de terminación. Súmese, que ni la Dra. López ni el Dr. Méndez, ni ninguno de los empleados u oficiales de MMM y PMC involucrados en las investigaciones, fue capaz de hacer gestión adicional que le permitiera conocer las circunstancias particulares de Cardio Services y Diagnostic. Así, por ejemplo, algunos ignoraban que dichas clínicas están ubicadas dentro de facilidades hospitalarias; que no solo atienden pacientes del Dr. Marini y el Dr. Santiago, sino que ofrecen servicios directos

¹³¹ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100311, pág. 423.

¹³² *Id.*, págs. 423-424.

¹³³ Apéndice 151 del recurso de apelación KLAN202100321, pág. 2904.

¹³⁴ Transcripción de la prueba oral de 8 de febrero de 2019, págs. 8229-8231.

a los pacientes del hospital y reciben referidos de generalistas, internistas y otros médicos especialistas. Además, Cardio Services brindaba esos servicios los domingos y días feriados. Evidentemente, la captación de pacientes y servicios de Cardio Services y Diagnostic era mayor en comparación a otros cardiólogos o clínicas de medicina nuclear privadas, por lo que su facturación en consecuencia resultaba ser mayor.

Quien único hizo el intento por visitar las clínicas para evaluar en detalle los expedientes objeto de investigación fue el Sr. Carlos Rodríguez (en adelante, Rodríguez) —investigador de fraude de MMM y PMC—, pues entendía que los expedientes estaban incompletos y que no eran una muestra representativa de la práctica de los reconvinentes-apelantes.¹³⁵ Sin embargo, tal intento resultó infructuoso una vez la parte reconvenida-apelada le informó que los doctores Marini y Santiago, Cardio Services y Diagnostic ya no eran proveedores de MMM y PMC.¹³⁶ De manera que el Sr. Rodríguez no pudo concretar su investigación, ni realizar recomendación o determinación de fraude alguna.¹³⁷

Como bien señaló el TPI, la parte reconvenida-apelada no presentó prueba sobre las razones que tuvo para prescindir del debido proceso en la cancelación del contrato, a sabiendas de que a los doctores Marini y Santiago y a las clínicas les abdicaba el derecho a ser informados y una oportunidad de enmendar o corregir su alegada mal práctica.

Visto lo anterior, la aseveración de MMM y PMC —en cuanto a que no incurrieron en dolo en la terminación de los contratos— nos parece errónea y, obviamente, contraria a la prueba desfilada en el juicio. Sabido es que el dolo no requiere intención premeditada

¹³⁵ *Id.*, pág. 5362.

¹³⁶ *Id.*, pág. 5363.

¹³⁷ *Id.*, pág. 5364.

y, aun cuando el mismo no se presume, puede inferirse con evidencia circunstancial. En ese sentido, la prueba demostró que MMM y PMC sabían —**previo** a la terminación de los contratos— que los hallazgos obtenidos no eran suficientes para imputarle fraude a los doctores Marini y Santiago, a Cardio Services y Diagnostic. Además, conocían las disposiciones contractuales relativas a la cancelación con causa o no renovación de los contratos, que requerían brindarle una oportunidad a la parte reconviniente-apelante para corregir sus alegadas faltas. No cabe duda de que MMM y PMC tenían todos los elementos necesarios para actuar conforme al contrato; sin embargo, optaron por su incumplimiento doloso.

En definitiva, resolvemos que el TPI no erró al concluir que MMM y PMC incurrieron en dolo en el incumplimiento y cancelación de los contratos. Las determinaciones de hechos esbozadas al dolo, así como su decisión al respecto, están sustentada en la prueba.

B. Cómputo de tiempo para valorar pérdida de ingreso.

Confirmada la existencia de dolo en la terminación de los contratos por parte de los planes médicos, nos corresponde determinar el periodo de tiempo por el cual deben computarse los daños sufridos por Cardio Services y Diagnostic por concepto de pérdida de ingresos.

Ambas partes coinciden en que el periodo de cinco (5) años utilizado por el TPI es especulativo. Por un lado, la parte reconviniente-apelante arguye que los daños **deben ser computados hasta la fecha en que se dictó sentencia**. Ello, partiendo de la premisa de que tenían derecho a la renovación automática de los contratos. Por su parte, MMM y PMC sostienen que en virtud del principio de libertad contractual los daños solo **deben computarse por el término de tiempo que les restaba a los contratos para su vencimiento**.

Sin embargo, el TPI descartó ambas teorías. En primer lugar, no existe base en derecho ni en la prueba presentada sobre el presunto derecho de la parte reconviente-apelante a la renovación automática de los contratos. Además, la premisa es contraria al propio contrato que permitía la terminación del mismo por causa y sin causa, así como la posibilidad de no renovación. Es decir, en circunstancias adecuadas, al momento de vencerse el contrato las partes tendrían varias alternativas para decidir el futuro de la contratación; por lo que no cabe hablar de renovación automática como derecho adquirido. En segundo lugar, MMM y PMC no pueden pretender responder únicamente de los daños sufridos hasta la fecha del vencimiento de los contratos, cuando éstos actuaron contrario al desenlace natural y provisto para la cancelación o no renovación de los acuerdos, poniendo fin inmediato a las prestaciones sin someterse a los procedimientos de resolución de disputas.¹³⁸

Ante tales circunstancias, el TPI consideró que de haberse sometido la controversia a arbitraje conforme a lo estipulado en el acuerdo, los servicios contratados y las prestaciones no dejarían de rendirse hasta tanto se resolviera el asunto. Así, el foro apelado estimó prudente calcular los daños por cinco (5) años por entender que ese era el tiempo que hubiese tomado el proceso de arbitraje en

¹³⁸ Sobre el particular, el Artículo 10 del contrato de MMM sobre resolución de disputas dispone en lo pertinente:

10.1 In the event any dispute shall arise with respect to performance of interpretation of this Agreement neither party shall cease or diminish its performance hereunder and the provisions of Article 7 shall remain in full force and effect. MMHC and Provider agree to meet and confer in good faith to resolve any problems or disputes that may arise under this Agreement.

[...]

10.3. If Provider is not satisfied with resolution of any matter in controversy submitted to MMMHC and the Executive Management of MMMHC, the matter in controversy shall be submitted to binding arbitration [...].

Véase, Apéndice 143 del recurso de apelación KLAN202100321, pág. 2772. Énfasis nuestro.

concluir. No nos parece del todo razonable su interpretación. Nos explicamos.

Noten que el análisis realizado por el TPI en relación a que las partes debieron continuar con la contratación hasta la resolución de la controversia a nivel administrativo, resulta inconsistente, pues al *extrapolarlo al pleito judicial*, lo correcto es que los daños **deben ser computados hasta la resolución de la controversia ante el foro de instancia.**

Lo antes dicho tiene el efecto de alterar la decisión apelada a los fines de concluir que los daños por pérdida de ingresos sufridos por Cardio Services y Diagnostic no deben ser calculados únicamente por cinco (5) años; **sino hasta el 13 de noviembre de 2020, fecha en que el TPI dictó Sentencia originalmente adjudicando las reclamaciones en el presente caso.**

En consecuencia, a tenor con las circunstancias particulares del presente caso, resolvemos modificar la Sentencia apelada, a los fines de disponer que los **daños por pérdida de ingresos concedidos a la parte reconviniente-apelante deben ser computados hasta la fecha en que se dictó la sentencia original en el caso de autos.**

Cónsono con lo anterior, nos corresponde **devolver el caso al TPI para que se determine la pérdida de ingresos atribuible a Cardio Services y Diagnostic, calculada a partir del último periodo considerado por el perito Lebrón Jiménez en su informe pericial hasta el 13 de noviembre de 2020.** Como discutiremos más adelante, tal cómputo será realizado conforme al método de valorización utilizado por dicho perito, avalado tanto por el TPI como por este Tribunal.

C. Las clínicas externas.

Resuelto lo anterior, sabido es que la parte que incurre en dolo en el incumplimiento del contrato está sujeto a responder tanto por los daños previsibles como por los no previsibles sufridos por la otra

parte contratante. Entre otras partidas, Cardio Services solicitó una compensación por la pérdida de ingresos, incluyendo, aquella correspondiente a las clínicas externas. Sin embargo, el TPI razonó que MMM y PMC no estaban obligados a reconocer la existencia de dichas clínicas dado que el Dr. Marini no informó por escrito sobre las mismas conforme se disponía en los contratos. Es por ello que descontó de la partida de pérdida de ingresos atribuible a Cardio Services, el 33% de los ingresos correspondiente a las clínicas externas. El foro primario incidió al así obrar. Veamos.

El Dr. Marini testificó que Cardio Services —además de ofrecer servicios en las facilidades ubicadas en el Hospital Buen Samaritano— ofrecía servicios a través de clínicas externas. No está en controversia el hecho de que esta modalidad de negocio existía previo a la contratación con los planes médicos. En ese sentido, el Dr. Marini aseguró que MMM y PMC conocían sobre las clínicas externas desde el momento que los planes médicos se presenciaron en Cardio Services para invitarlo a ser parte de la red de proveedores. “Vieron el espacio donde estaba, en la oficina, lo de la insignia de clínicas externas. Estaban los brochures. Ese era un espacio que se tenía en la oficina de Cardio Services en el Hospital de Aguadilla.”¹³⁹ Tan es así, que surge de la prueba que Cardio Services ofreció sus servicios a través de las clínicas durante varios años, facturándole a los planes médicos y recibiendo el pago correspondiente por los servicios prestados. Tales declaraciones no fueron refutadas por MMM y PMC. Además, evidencia de lo anterior es la tabla que presentó durante su testimonio el perito de los planes médicos —Sr. Carlos Baralt Benítez (en adelante, Baralt Benítez)— donde se demostraban los ingresos devengados por Cardio Services derivados de las clínicas externas para los años 2005, 2006 y

¹³⁹ Transcripción de la prueba oral de 8 de febrero de 2019, pág. 8062.

2007.¹⁴⁰ A base a dicha documentación fue que el TPI resolvió que el 33% de los ingresos de Cardio Services corresponden a las clínicas externas.

Como dijéramos, MMM y PMC alegaron en su defensa que el Dr. Marini no notificó por escrito la existencia de dicha práctica conforme lo estipulaban los contratos. Sin embargo, advertimos particularmente que el contrato suscrito entre PMC y Cardio Services no exigía tal notificación escrita; ni prohibía tal modelo de negocio.¹⁴¹ Ello fue reconocido por la parte reconvenida apelada.

Por otra parte, la cláusula 4.7 del contrato suscrito entre MMM y Cardio Services dispone en lo pertinente: *If Provider relocates its office or expands to additional offices, it shall notify MMMHC in writing within ten (10) days thereafter.*¹⁴²

De tal premisa podemos concluir dos cosas: **(1)** que MMM no prohibía categóricamente la relocalización o expansión de Cardio Services a través de las clínicas externas¹⁴³, sino que, **(2)** estaba supeditado a la notificación escrita dentro del término acordado. Técnicamente, MMM no estaba obligado a reconocer los servicios prestados por Cardio Services a través de las clínicas externas, toda vez que el Dr. Marini no notificó por escrito la existencia de estas. Sin embargo, razonamos que dicha aseveración queda derrotada por las actuaciones de MMM durante el cumplimiento del contrato, las cuales tuvieron el efecto de modificar el mismo.¹⁴⁴ Como indicamos, el Dr. Marini aseguró con su testimonio incontrovertido que los planes médicos conocían sobre las clínicas externas desde el comienzo de la relación contractual y que, tanto MMM como PMC pagaron por los servicios rendidos y facturados en dichas clínicas,

¹⁴⁰ Apéndice 128 del recurso de apelación KLAN202100321, pág. 2662.

¹⁴¹ Apéndice 2 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 202-216.

¹⁴² Apéndice 146 del recurso de apelación KLAN202100321, pág. 2870.

¹⁴³ La prueba relacionada a las clínicas externas no fue presentada en el juicio a los fines de establecer la legalidad o ilegalidad de estas.

¹⁴⁴ Véase, *P.D.C.M. Assoc. v. Najul Bez*, 174 DPR 716, 725 (2008).

modificando voluntaria y tácitamente los términos del contrato. Por lo que la parte reconvenida-apelada no puede ahora obrar en contra de sus propios actos y reclamar la improcedencia de la partida de pérdida de ingresos atribuibles a las clínicas externas, cuando por años validó su existencia.

Además, MMM y PMC fallaron en demostrar que los servicios rendidos en las clínicas externas no eran necesarios y, por tanto, no estaban cubiertos por los planes médicos. La aproximación de la localización de algunas de las clínicas externas a las facilidades de Cardio Servicios en el Hospital Buen Samaritano no es suficiente para derrotar el criterio de “necesidad” de los servicios cubiertos por los contratos. La parte reconvenida-apelada no pasó prueba sobre los servicios que recibió cada uno de los pacientes en dichas clínicas, a los fines de determinar la falta de necesidad de los mismos y, por ende, su cubierta. Por lo que su teoría en cuanto a que los servicios provistos en las clínicas externas no cumplían con el criterio de necesidad y, por tanto, los planes médicos no tenían que pagar por ellos, quedó derrotada.

En virtud de lo anterior, resolvemos que el TPI erró al no considerar la pérdida de ingresos atribuibles a las clínicas externas como parte de la compensación a la que tiene derecho Cardio Services por dicho concepto. En consecuencia, se modifica la sentencia recurrida a los fines de incluir como parte de la partida de pérdida de ingresos de Cardio Services, los ingresos atribuibles a las clínicas externas.

D. Valoración de los daños.

Resuelto lo anterior, nos corresponde determinar si el TPI incidió en la valoración de los daños. A grosso modo, es la contención de MMM y PMC que las compensaciones en daños concedidas a favor de los reconvinientes-apelantes, no guardan relación con la

prueba desfilada; por lo que las cuantías son exageradamente altas y excesiva. Advertimos que MMM y PMC no cuestionan la indemnización de daños por angustias mentales adjudicadas a favor del Dr. Marini y el Dr. Santiago.

Aclarado lo anterior y a modo de recapitular, indicamos las partidas concedidas por el TPI, aquí impugnadas:

DIAGNOSTIC NUCLEAR		
	MMM	PMC
Plusvalía	\$16,691.00	\$224,202.00
Pérdida de Ingresos	\$488,440.00	\$956,189.00
TOTAL	\$505,131.00	\$1,180,391.00

CARDIO SERVICES		
	MMM	PMC
Plusvalía	\$894,422.00	\$1,990,931.00
Pérdida de Ingresos	\$1,643,859.00	\$3,299,850.00
TOTAL	\$2,538,281.00	\$5,290,781.00

DR. RICARDO SANTIAGO		
	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos	\$75,000.00	\$75,000.00
TOTAL	\$75,000.00	\$75,000.00

DR. ORLANDO MARINI		
	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos/ Daños Continuos	\$400,000.00	\$400,000.00
TOTAL	\$400,000.00	\$400,000.00

	MMM	PMC
TOTAL A PAGAR	\$3,518,412.00	\$6,946,172.00

1. Cardio Services y Diagnostic

La parte reconviniente-apelante presentó el testimonio del perito Lebrón Jiménez a los fines de establecer los daños económicos sufridos como consecuencia de la terminación unilateral de los contratos por parte de MMM y PMC por los siguientes conceptos: **(1)** balances pendientes de cobro por los servicios prestados antes, durante y después de la terminación de los contratos; **(2)** pérdida de

ingresos; y **(3)** disminución a la plusvalía. Obviamente, la parte reconvenida-apelada cuestiona la decisión tomada por el TPI con respecto a cada una de dichas partidas.

Ahora bien, antes de entrar en la discusión de cada una de ellas debemos mencionar que el perito de MMM y PMC —Baralt Benítez— no impugnó en su informe pericial ni en su testimonio durante el juicio, la veracidad de la información financiera utilizada por el perito de la parte reconviniente-apelante para realizar su análisis sobre la valorización de los daños. De hecho, el perito Baralt Benítez utilizó los números provistos por el perito Lebrón Jiménez para ilustrar su teoría matemática en cuanto a la valorización de los daños, a tenor con la suposición de MMM y PMC de que estos solo debían ser computados hasta la fecha del vencimiento de los contratos.

Aclarado lo anterior, procedemos con la discusión.

a. Pérdida de ingresos

Comenzamos por señalar que el primer planteamiento argumentado por MMM y PMC en relación a la pérdida de ingresos fue adjudicado previamente en este dictamen; nos referimos a la teoría de que los daños debían ser computados tomando en consideración la fecha más próxima al vencimiento de los contratos.

Contrario a lo anterior, acordamos que los daños por pérdida de ingresos serán calculados hasta la terminación del pleito mediante Sentencia original dictada el 13 de noviembre de 2020. Ello, puesto que en el presente caso: **(1)** la cancelación de los contratos fue con causa y no renovados, en incumplimiento con las disposiciones contractuales establecidas para ello; y **(2)** aun cuando no existe el derecho a renovación automática —en circunstancias adecuadas— las partes estaban obligadas a continuar con las prestaciones contratadas hasta que la controversia fuera adjudicada

mediante el procedimiento de resolución de disputas. Por tanto, reiteramos lo errado de la teoría de la parte reconvenida-apelada en cuanto al término fijo para la computación de los daños por pérdida de ingresos.

Ahora bien, en cuanto a la valorización realizada por el perito Lebrón Jiménez, MMM y PMC argumentan que la tasa de descuento de 5% utilizada constituye una tasa libre de riesgo; lo cual significa que los ingresos futuros de Cardio Services y Diagnostic están prácticamente asegurados, colocando a estos en una posición de ventaja, puesto que estarían recibiendo más ingresos de los que hubiesen generado si no fuese por el incumplimiento contractual. Asimismo, alegan que el valor es sobrestimado toda vez que no se consideró la merma en los ingresos que se registró 16 meses antes a la terminación de los contratos. También, indican que se debió descontar del cómputo la cantidad de \$535,000 correspondiente a los pagos que realizaron los planes médicos, luego de la terminación de los contratos por servicios prestados. Finalmente, la parte reconvenida-apelada aduce que de los cálculos no se distinguen los gastos fijos versus los gastos variables y operacionales; además, en comparación a los estados financieros, en el informe pericial se utilizaron unas cuantías sustancialmente menores a los gastos verdaderamente incurridos por Cardio Services y Diagnostic.

Por encontrarnos en la misma posición que el TPI en relación a la prueba pericial, procedemos a examinar la misma.

Por un lado, tenemos al perito de la parte reconviniente-apelante, Lebrón Jiménez, quien fue cualificado por el tribunal como CPA experto en asuntos médicos.¹⁴⁵ Para realizar su informe pericial: entrevistó a los doctores Marini y Santiago; visitó las facilidades de Cardio Services y Diagnostic; observó los

¹⁴⁵ Transcripción de la prueba oral de 31 de enero de 2019, pág. 6169.

procedimientos en las clínicas y entrevistó al personal; consideró las particularidades de las clínicas, por ejemplo, la localización, el flujo de pacientes, el acceso al público y el equipo médico.¹⁴⁶ Además, verificó los estados financieros auditados y compilados de las clínicas; revisó literatura sobre distintas fuentes de valorización y de pérdida de ingresos especializada en la industria médica; entre otras cosas. Lebrón Jiménez declaró que Cardio Services y Diagnostic contaban con grandes recursos económicos y humanos, y eran negocios muy exitosos que generaban 50% en ganancias.¹⁴⁷ Consideró como parte de ese éxito su ubicación en facilidades hospitalarias y el disfrute de exenciones contributivas.¹⁴⁸ Para la fecha del informe, Lebrón Jiménez aseguró que no conocía de otras clínicas especializadas en cardiología y medicina nuclear localizadas en facilidades hospitalarias en la región noroeste.¹⁴⁹

Sobre el informe pericial en sus méritos, Lebrón Jiménez declaró que dentro del método de “*income approach*” utilizó el método de “*but-for*” para computar la valorización de la pérdida de ingresos, el cual consiste en identificar específicamente las partidas de ingresos brutos dejadas de percibir al rompimiento del contrato.¹⁵⁰ En este caso, hizo un promedio de los ingresos devengados por Cardio Services y Diagnostic para los años 2005, 2006 y 2007.¹⁵¹ Tales ingresos fueron obtenidos de las planillas informativas provistas por los planes médicos. El perito explicó que no promedió los ingresos del 2004 por no ser representativos del auge de las clínicas; ni los ingresos de 2008 y 2009 por ser parte de los daños.¹⁵² Así, una vez obtuvo el promedio de ingresos, Lebrón

¹⁴⁶ *Id.*, pág. 6176; transcripción de la prueba oral de 1 de febrero de 2019, págs. 6285-6288.

¹⁴⁷ Transcripción de la prueba oral de 1 de febrero de 2019, págs. 6294 y 6296.

¹⁴⁸ *Id.*, pág. 6300.

¹⁴⁹ *Id.*, pág. 6312.

¹⁵⁰ *Id.*, pág. 6423; Apéndice 35 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 552 y 555.

¹⁵¹ *Id.*, pág. 6361.

¹⁵² *Id.*, pág. 6417.

Jiménez le aplicó la tasa de descuento de 5% a valor presente.

Sobre esto último explicó que llevar la tasa de descuento —a valor presente— tiene el efecto de disminuir los valores por riesgo futuro. Es decir, contrario a lo alegado por el perito de MMM y PMC, la tasa de descuento de 5% no es fija, sino que resulta en la disminución incremental de la pérdida de ingresos.¹⁵³ Finalmente, a los ingresos brutos le dedujo los costos directos incidentales a la prestación de los servicios y los costos administrativos y operacionales para obtener la pérdida neta estimada de los ingresos como consecuencia de la terminación unilateral de los contratos.¹⁵⁴ Lebrón Jiménez aseguró que la información relacionada a los gastos surge de los estados financieros auditados y compilados, provistos por Cardio Services y Diagnostic.¹⁵⁵

Por otra parte, el perito de MMM y PMC —Baralt Benítez— fue cualificado como contador forense.¹⁵⁶ Este no posee experiencia en la valorización de daños por facturación médica.¹⁵⁷ Además, el perito Baralt Benítez no preparó un informe pericial de cuantificación de daños.¹⁵⁸ Su informe únicamente recoge sus observaciones y opinión sobre el análisis de valorización realizado por Lebrón Jiménez. Es decir, el perito Baralt Benítez no estimó pérdida alguna; no realizó en su informe pericial un cálculo alternativo que rebatiera el que realizó el perito de la parte reconviente-apelante por los daños sufridos.¹⁵⁹

No es hasta cinco años después de su informe que, durante el juicio, el perito de MMM y PMC presentó por primera vez cálculos matemáticos estimando la pérdida de ingresos hasta la fecha de

¹⁵³ *Id.*, pág. 6400; Apéndice 35 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 551-554.

¹⁵⁴ Apéndice 35 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 550-553.

¹⁵⁵ Transcripción de la prueba oral de 1 de febrero de 2019, pág. 6362.

¹⁵⁶ Transcripción de la prueba oral de 6 de marzo de 2019, págs. 8668.

¹⁵⁷ *Id.*, págs. 8662-8663.

¹⁵⁸ Transcripción de la prueba oral de 29 de marzo de 2019, pág. 9282. Véase, Apéndice 63 del recurso de apelación KLAN202100321, págs. 1819-1864.

¹⁵⁹ Apéndice 63 del recurso de apelación KLAN202100321, págs. 1819-1864.

vencimiento más próxima de los contratos.

En su ejercicio, Baralt Benítez utilizó como base el ingreso calculado por Lebrón Jiménez únicamente para el periodo de 2008, por entender que dicho año evidenciaba la tendencia de los ingresos devengados por las clínicas. Así, lo anualizó a su conveniencia para entonces realizar el cálculo de pérdida de ingresos por un término fijo.¹⁶⁰ Además —y contrario a la crítica que hizo sobre la falta de desglose de los gastos fijos y variables en el informe pericial de la parte reconviniendo-apelante— éste adoptó el 50% que utilizó Lebrón Jiménez para descontar los gastos estimados y realizar su valorización.¹⁶¹

Ahora bien —y contrario a lo representado por el perito Baralt Benítez— razonamos que, —para efectos de computar los daños por pérdida de ingresos—, el promedio calculado por el perito de los reconvinientes-apelantes para los años 2005, 2006 y 2007 se ajusta más a la realidad de los ingresos devengados por Cardio Services y Diagnostic durante su contratación con los planes médicos. Además, el ejercicio de anualización realizado por Baralt Benítez en corte abierta no surge de su informe pericial.

Por otra parte, con relación a la crítica en la aplicación del 5% como tasa de descuento para calcular las pérdidas futuras, el perito Baralt Benítez explicó que lo correcto hubiera sido utilizar el *build up method*. Según el perito, ello es un método aditivo donde se le van añadiendo factores de riesgo hasta que se llega a una tasa que se considera apropiada en relación al flujo de ingresos que se considera.¹⁶² En ese sentido, Baralt Benítez explicó toda la teoría en relación a las distintas tasas de descuento como, por ejemplo, *risk*

¹⁶⁰ Transcripción de la prueba oral de 6 de marzo de 2019, pág. 8720; transcripción de la prueba oral de 7 de marzo de 2019, pág. 8841. Véase, Apéndice 120 del recurso de apelación KLAN20200321, pág. 2421.

¹⁶¹ *Id.*

¹⁶² Transcripción de la prueba oral de 7 de marzo de 2019, pág. 8756.

free rate, equity risk premium, company specific risk y otras.¹⁶³ Sin embargo, no aplicó la teoría al contexto de los hechos del presente caso.

Es decir, no señaló categóricamente los criterios que lo llevaron a concluir por primera vez en el juicio que la tasa de riesgo adecuada que debió ser utilizada por el perito Lebrón Jiménez en su informe pericial para calcular la pérdida de ingresos debió ser el 26.37%. Surge de su testimonio que para la preparación de su informe no entrevistó a los doctores Marini y Santiago;¹⁶⁴ no visitó las facilidades de Cardio Services y Diagnostic; ni conocía las particularidades de los procedimientos realizados en las clínicas.¹⁶⁵ De manera que el perito de MMM y PMC no evaluó adecuadamente las entidades para realizar una determinación apropiada del riesgo y, en consecuencia, sustentar la tasa de descuento sugerida. Por el contrario, Baralt Benítez reconoció que Cardio Services y Diagnostic realizaban y facturaban un número considerable de procedimientos, lo cual se traducía igualmente en ganancias considerables.¹⁶⁶

A pesar de lo anterior, el perito intentó —por primera vez— traer durante el juicio nuevos cálculos matemáticos aplicando la tasa de descuento del 26.37%. Como dijéramos, la aludida tasa no fue sustentada propiamente por el informe pericial ni por el testimonio del perito de MMM y PMC. Añádase, que tales cómputos resultan ser improcedentes toda vez que como concluyó el TPI, se trataba de información nueva que no formó parte del informe pericial de Baralt Benítez.

En vista de lo anterior, el TPI dio entera credibilidad y aprobación al mecanismo utilizado por el perito de Cardio Services y Diagnostic —Lebrón Jiménez— para computar la partida aquí en

¹⁶³ *Id.*, págs. 8757-8761.

¹⁶⁴ Transcripción de la prueba oral de 29 de marzo de 2019, pág. 9260.

¹⁶⁵ *Id.*, págs. 9264-9265.

¹⁶⁶ *Id.*, págs. 9269-9270.

controversia. Coincidimos con tal apreciación, al entender que se trata de un método razonable, aceptado y utilizado en este campo para computar la pérdida de ingresos. Máxime cuando el perito de MMM y PMC no respaldó con su informe pericial un método de valorización y/o cuantía distinta.

Ahora bien, coincidimos con la parte reconvenida-apelada en cuanto a que debe deducirse de la partida de pérdida de ingresos los pagos realizados por MMM y PMC por concepto de servicios prestados por Cardio Services y Diagnostic para el periodo de 2010-2014. Conforme surge del informe pericial de Baralt Benítez, MMM y PMC realizaron —**posterior** a la terminación de los contratos pagos totales por la suma de \$535,323.00 por servicios prestados a favor de Cardio Services y Diagnostic.¹⁶⁷

Aun cuando se levantó duda sobre la adjudicación de los pagos, la parte reconviniente-apelante no negó haber recibido y cobrado dicha suma de dinero. Además, el perito de dicha parte reconoció durante su testimonio que los planes médicos realizaron pagos luego de la terminación de los contratos, razón por la cual el balance de las cuentas por cobrar de las clínicas debía ser actualizado.¹⁶⁸

En virtud de lo anterior, debemos resolver que la cuantía por las pérdidas de ingresos adjudicada a Cardio Services y Diagnostic deben ser ajustada para deducir la suma de **\$535,323.00**, a la siguiente cantidad que a continuación se expresa:

	MMM	PMC
Cardio Services	\$ 143,769.00	\$ 327,607.00
Diagnostic	\$ 23,408.00	\$ 40,539.00
Total¹⁶⁹	\$ 167,177.00	\$ 368,146.00

¹⁶⁷ Apéndice 63 del recurso de apelación KLAN202100321, págs. 1844, 1852-1857.

¹⁶⁸ Transcripción de la prueba oral de 1 de febrero de 2019, pág. 6319.

¹⁶⁹ Apéndice 63 del recurso de apelación KLAN202100321, págs. 1844, 1852-1857.

b. Plusvalía

En principio, debemos atender el planteamiento de MMM y PMC en cuanto a que la partida de plusvalía es duplicativa toda vez que fue computada para el mismo periodo de tiempo que la pérdida de ingresos; por tanto, procede su eliminación.

Examinado el expediente apelativo y toda vez que la sentencia apelada ha sufrido modificaciones a lo largo de nuestra discusión, resolvemos que le asiste la razón a la parte reconvenida-apelada. Veamos.

Somos conscientes que la evaluación de una reclamación por daños al valor del negocio o plusvalía es un asunto complejo. Ambas partes coinciden en que: *[a] claim seeking lost profit cash flows for a period also covered by a lost business value claim would result in double recovery, if not carefully constructed with clear delineation of the periods included in the claim, and the dates of the respective calculations.*¹⁷⁰ En ese sentido, la parte que lo reclama debe poner en posición tal —al juzgador de los hechos— de manera que pueda verdaderamente diferenciar la reclamación de pérdida de ingresos de la reclamación por menoscabo de plusvalía. Solo de esta manera podrían subsistir ambas reclamaciones.

En el presente caso, no está en controversia que la base utilizada para calcular la pérdida de ingresos de Cardio Services y Diagnostic —ingresos de 2005, 2006 y 2007— es la misma utilizada para calcular la plusvalía.

Ahora bien, surge de la prueba que tales partidas se calcularon para periodos distintos. El perito de la parte reconviente-apelante Lebrón Jiménez explicó a satisfacción del tribunal de instancia y la nuestra, que la pérdida de ingresos se calculó por el

¹⁷⁰ Transcripción de la prueba oral de 28 de marzo de 2019, pág. 9058; transcripción de la prueba oral de 29 de marzo de 2019, pág. 253.

término de siete (7) años, entre el 2009-2015; mientras que la plusvalía se computó por un periodo de 3.5 años, comenzando en el 2015.¹⁷¹ De manera que, en principio, no podemos hablar de duplicidad en las compensaciones.

Sin embargo, a medida que hemos atendido los distintos planteamientos de las partes y resuelto que los daños por pérdida de ingresos de Cardio Services y Diagnostic serán computados hasta la fecha de adjudicación del pleito, nos vemos obligados a acoger el planteamiento de MMM y PMC sobre duplicidad de partidas. Ello, puesto que los daños por pérdida de ingresos a ser computados hasta el 13 de noviembre de 2020, absorbería la pérdida por menoscabo de plusvalía.

En consecuencia, resolvemos modificar la sentencia apelada a los fines de eliminar la partida de daños por pérdida de plusvalía concedida a favor de Cardio Services y Diagnostic. Decidido lo anterior, resulta innecesario entrar a considerar el restante de los planteamientos de MMM y PMC en relación a dicha partida.

1. Dr. Santiago/pérdida de ingresos

La parte reconvenida-apelada argumenta que los \$150,000 concedidos al Dr. Santiago por concepto de pérdida de ingresos es excesiva e irrazonable, toda vez que no existe prueba en el expediente que sustente dicha cuantía. Se equivoca.

El Dr. Santiago testificó qué como consecuencia de la terminación de los contratos, su relación con el Hospital Buen Samaritano y el Hospital San Carlos Borromeo se vio interrumpida.¹⁷² Asimismo, declaró que facturaba a los planes médicos aproximadamente \$56,000 anualmente.¹⁷³ La parte reconvenida-apelada no refutó tales hechos, ni presentó prueba en

¹⁷¹ Transcripción de la prueba oral de 29 de marzo de 2019, págs. 9410-9412.

¹⁷² Transcripción de la prueba oral de 4 de febrero de 2019, pág. 6966.

¹⁷³ Transcripción de la prueba oral de 5 de febrero de 2019, pág. 7156.

contrario. Así, el testimonio del Dr. Santiago le mereció entera credibilidad al foro primario quien decidió dentro de la totalidad de las circunstancias del presente caso, adjudicarle la suma razonable de \$150,000. De manera que la determinación del TPI a esos efectos merece nuestra deferencia por no resultar excesiva.

2. Dr. Marini/pérdida de ingresos

Por otra parte, el TPI concedió a favor del Dr. Marini la suma total de \$800,000 por concepto de pérdida de ingresos y daños continuos. En su análisis, el foro primario consideró no solo la pérdida de ingresos atribuibles a su trabajo en Cardio Servicies, sino a aquellos ingresos dejados de devengar en su relación con terceros, como consecuencia directa de la cancelación dolosa de los contratos.

Sobre esta última consideración, MMM y PMC argumentan que el TPI erró al considerar eventos que ocurrieron luego del periodo de cinco (5) años que el foro impuso para propósitos de calcular la pérdida. Así, por ejemplo, el contrato de servicios entre el Dr. Marini y el Hospital Pavía de Arecibo se suscribió siete (7) años después de la cancelación del contrato. Además, señalan que el Dr. Marini admitió que previo a su contratación, no le informó al Hospital Pavía de Arecibo su imposibilidad de contratar con la parte reconvenida-apelada. Por otro lado, MMM y PMC también argumentan que las corporaciones Aguadilla Heart y Medical Education and Health Services son los únicos con legitimación para reclamar tales daños. En cualquier caso, el Dr. Marini no presentó prueba sobre el valor de las pérdidas sufridas.

Surge de la prueba que con posterioridad a la cancelación de los contratos en el 2008, Cardio Services perdió la contratación con el Hospital San Carlos Borromeo de Moca por no ser proveedor de MMM y PMC.¹⁷⁴ Luego, en el 2009, el Centro Médico de Mayagüez

¹⁷⁴ Transcripción de la prueba oral de 7 de febrero de 2019, pág. 7819.

se vio impedido de atender pacientes suscritos a MMM y PMC, toda vez que el Dr. Marini fungía como Presidente de la corporación administradora del hospital —Servicios Integrados de Salud del Oeste y Medical Education and Health Services—. ¹⁷⁵ Tal prueba no fue refutada.

Advertimos, además, como hecho incontrovertido que el Dr. Marini no recibió en su carácter personal una carta de cancelación de contrato por parte de MMM y PMC; de manera que éste no estaba impedido de ofrecer sus servicios a terceros. En ese sentido, surge de la prueba que aun transcurrido varios años desde la terminación dolosa de los contratos, el Dr. Marini continuó sufriendo las consecuencias. En septiembre de 2015, éste fue contratado por un (1) año por el Hospital Pavía de Arecibo como Director del Laboratorio Cardiovascular. Se acordó que el Dr. Marini cedería a favor del hospital la facturación, a cambio del pago de \$25,000 mensuales. ¹⁷⁶ Sin embargo, dicho acuerdo llegó a su fin en abril de 2016 porque MMM y PMC se estaban rehusando a pagar los servicios facturados por el Hospital Pavía. Según declaró el entonces Director Ejecutivo de dicho hospital —el Sr. José L. Rodríguez Collazo— la parte reconvenida-apelada se rehusaba a pagar toda vez que el Dr. Marini no tenía contrato con ellos. ¹⁷⁷ En consecuencia, el contrato de servicios profesionales del Dr. Marini con el Hospital Pavía de Arecibo fue cancelado.

En vista de lo anterior, no cabe duda de que los daños sufridos por el Dr. Marini son continuos, como consecuencia directa de la cancelación dolosa de los contratos por parte de MMM y PMC.

Ahora bien, le asiste la razón a la parte reconvenida-apelada en cuanto a que la prueba presentada por el Dr. Marini no justifica

¹⁷⁵ *Id.*, pág. 7820.

¹⁷⁶ *Id.*, págs. 7821 y 7850.

¹⁷⁷ Transcripción de la prueba oral de 29 de enero de 2019, pág. 5502.

la elevada suma de \$800,000. El Dr. Marini no presentó prueba sobre el ingreso que devengaba en Cardio Services como proveedor de los planes médicos, ni sobre las pérdidas sufridas mientras trabajó con la compañía administradora del Centro Médico de Mayagüez. A lo sumo, únicamente testificó sobre lo devengado en el Hospital Pavía de Arecibo mediante el contrato de servicios profesionales, que apenas duró siete (7) meses.

Así, en virtud de la prueba desfilada en el juicio, resolvemos que el TPI no erró al concluir que el Dr. Marini sufrió daños continuos como consecuencia de la cancelación dolosa de los contratos por parte de MMM y PMC. No obstante, discrepamos de la cuantía concedida por dicho concepto toda vez que no guarda relación con la prueba y, por tanto, resulta excesiva. En consecuencia, razonamos que únicamente procede conceder a favor del Dr. Marini la suma de \$125,000 por concepto de pérdida de ingresos, correspondiente al ingreso dejado de vengar por la cancelación del contrato con el Hospital Pavía de Arecibo.¹⁷⁸ En ese sentido, se modifica el dictamen apelado.

E. Honorarios por temeridad e intereses legales.

Resuelto lo anterior, nos corresponde determinar —en primer lugar— si procede la concesión de honorarios de abogado por temeridad.

En resumen, los doctores Marini y Santiago argumentan que el TPI incidió al no conceder honorarios por temeridad a pesar de que resolvió que MMM y PMC incurrieron en dolo al cancelar los contratos. Aluden a la Sentencia dictada por el Tribunal de Apelaciones el 24 de junio de 2014 en el caso KLAN201201312. Allí, fue confirmada la desestimación de la demanda instada por PMC

¹⁷⁸ El contrato se suscribió en septiembre de 2015 por el término de un (1) año. Fue cancelado en abril de 2016, por lo que restaron cinco (5) meses del contrato. Entonces, el cálculo es el siguiente: \$25,000 x 5 (meses) = \$125,000.

ante su incumplimiento con las órdenes del TPI sobre el descubrimiento de prueba. Asimismo, la parte reconviniante-apelante arguye que mediante Sentencia del TA de 30 de junio de 2015 en el caso KLAN201500613, desestimó la demanda incoada por MMM al concluirse que dicha parte fue la que incumplió con los contratos.

El TPI no hizo pronunciamiento específico en cuanto a temeridad; sin embargo, tomando en consideración las circunstancias particulares del presente caso, entiéndase, aquellas acaecidas al comienzo, durante y hasta la finalización del pleito luego de once años de su presentación, resolvemos que procede la imposición de honorarios de abogado por temeridad a favor de la parte reconviniante-apelante. Veamos.

Por un lado, tenemos a MMM que presentó una demanda en cobro de dinero sustentada en alegaciones de fraude. Durante los procedimientos judiciales interlocutorios, el TPI dictó Sentencia Parcial declarando no ha lugar la solicitud de sentencia sumaria instada por los reconvinientes-apelantes contra MMM. Razonó que existía controversia de hecho material en cuanto a si la facturación de los reconvinientes-apelantes se hizo conforme al contrato.¹⁷⁹ Por otra parte, declaró ha lugar la solicitud sumaria de MMM únicamente en cuanto al hecho de que no procede la reinstalación del contrato ni su renovación automática, al concluir que el plan médico podría rescindir del contrato sin justa causa.¹⁸⁰ El hecho de que posteriormente el Tribunal de Apelaciones revocara dicho dictamen y desestimara la demanda instada por MMM, al concluir que dicha parte fue quien incumplió con los contratos, ciertamente no significa que fue temeraria en la consecución de su causa de

¹⁷⁹ Apéndice 15 del recurso de apelación KLAN202100321, pág. 749.

¹⁸⁰ *Id.*

acción. Tampoco lo fue aun cuando el TPI resolvió que incurrió en dolo en la terminación de los contratos. Además, adviértase que MMM salió airosa de las reclamaciones instadas por la parte reconviniendo-apelante por persecución maliciosa y cobro de dinero.

Sin embargo, nuestro razonamiento en cuanto PMC es distinto. Dicha parte instó una demanda que igualmente contenía alegaciones de fraude contra la parte reconviniendo-apelante, pero fue desestimada por falta de cumplimiento con las órdenes del TPI respecto al descubrimiento de prueba. La controversia comenzó cuando la parte reconviniendo-apelante solicitó a PMC que produjera la muestra de los expedientes auditados que dieron paso a la causa de acción. Mientras que PMC requirió acceso a la totalidad de los expedientes médicos de Cardio Services y Diagnostic para probar las alegaciones de la demanda.

En vista de ello, el TPI emitió varias órdenes reiterando que solo podía ser objeto de descubrimiento de prueba los expedientes auditados que dieron origen a la presentación de la demanda. Sin embargo, ante el reiterado incumplimiento de PMC con las órdenes del tribunal, el caso fue desestimado.

Tal decisión fue avalada por el Tribunal de Apelaciones el 24 de junio de 2014 en el caso KLAN201201312. Allí, realizamos las siguientes expresiones sobre la falta de prueba de PMC para sostener su reclamación:

Su actuación de completa inobservancia con los requerimientos del descubrimiento de prueba y a las órdenes del TPI refleja su dejadez y contumacia en la tramitación de su causa. Lo anterior cobra mayor importancia, pues la información solicitada en el descubrimiento de prueba resultaba la esencia de la reclamación promovida. La parte apelante [PMC] estaba impedida de promover una causa de acción imputando prácticas de facturación sin presentarla y la evidencia ante el foro apelado de forma clara y expedita, pese a tratarse de información en su control.

[...]

*Correspondía a la parte apelante contar con la prueba necesaria para sostener sus alegaciones. **El foro primario actuó correctamente al evitar convertir el proceso de descubrimiento de prueba en un medio para que***

entonces la parte apelante recopilara la evidencia necesaria para sostener su reclamación.¹⁸¹

En vista de lo anterior, razonamos que PMC incurrió en temeridad cuando durante cinco (5) años intentó mantener viva una reclamación obligando a la parte reconviniendo-apelante a continuar el litigio con los consiguientes gastos, molestias y trabajo que esto origina, a sabiendas de que sus alegaciones no encontraban apoyo en evidencia alguna. De manera, que procede la imposición de honorarios de abogado por temeridad a PMC por la suma razonable de \$50,000 a favor de cada médico; a saber: el Dr. Marini y el Dr. Santiago.

Ahora —en segundo lugar— atendamos el planteamiento de la parte reconviniendo-apelante en cuanto a la solicitud del pago de **intereses legales**, a partir de la cancelación de los contratos en el 2008, por entender que a partir de entonces nació la reclamación en cobro de dinero. No obstante, señalamos que la aludida causa de acción fue desestimada por el TPI en el presente caso.

De manera que, al prevalecer únicamente la reclamación en daños y perjuicios —y conforme a la Regla 44.3 de Procedimiento Civil, *supra*— decretamos que procede el pago de los intereses legales por temeridad a partir del momento en que se presentó la reconvención, entiéndase, el 27 de agosto de 2009.

En virtud de lo anterior, se modifica el dictamen recurrido a los fines de imponerle a PMC el pago de \$50,000 por honorarios de abogado por temeridad a favor del Dr. Marini y el Dr. Santiago; así como el pago de los intereses legales contados a partir de la fecha del 27 de agosto de 2009, en que se presentó la reconvención, hasta el 13 de noviembre de 2020, cuando se emitió la sentencia original en el presente caso.

¹⁸¹ Apéndice 10 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 342 y 345. Énfasis nuestro.

-B-

KLCE2021-00566

Finalmente, analizaremos la procedencia de la Resolución ordenando el pago de costas, objeto del recurso de *certiorari* KLCE2021-00566 presentado por MMM y PMC. Veamos.

Dictada la sentencia, el 20 de noviembre de 2020 el Dr. Santiago, Cardio Services y Diagnostic radicaron sus respectivos memorandos de costas mediante el cual solicitaron:

Descripción	Costo
Fotocopias de escritos presentados	\$25.89
Sellos de Tribunal	\$80.00
Mensajería	\$460.00
Sellos de correo	<u>\$443.00</u>
Total de Costas (Dr. Santiago)	\$ <u>1,008.89</u>

Descripción	Costo
Fotocopias de Escrito y Apéndices de Certiorari y Apelaciones	\$1,227.59
Sellos de Tribunal	\$360.50
Deposiciones	\$5,964.40
Traducción de documentos	\$1,099.85
Emplazamientos y Citaciones	\$262.50
Intérprete o traductora	\$607.50
Perito - Edelmiro Lebrón Jiménez	<u>\$5,916.30</u>
Total de Costas (Diagnostic)	\$ <u>15,438.64</u>

Descripción	Costo
Fotocopias de Escrito y Apéndices de Certiorari y Apelaciones	\$1,227.59
Sellos de Tribunal	\$420.86
Transcripción Juicio	\$19,280.66
Transcripciones Vistas Sala de Aguadilla	\$306.00
Deposiciones	\$14,563.14
Traducción de documentos	\$875.07
Emplazamientos y Citaciones	\$612.69
Intérprete o traductora	\$607.50
Perito - Edelmiro Lebrón Jiménez	\$11,416.30
Perito - Reynaldo Quiñones Marques	<u>\$27,081.42</u>
Total de Costas (Cardio Services)	\$ <u>76,391.23</u>

El 3 de diciembre de 2020, MMM y PMC presentaron moción impugnando el memorando de costas radicado por la parte

reconviniente-apelante.

En relación a Cardio Services y Diagnostic, alegaron que con excepción de la partida de gastos relacionados al perito Reynaldo Quiñones Marques, los sellos de tribunal, emplazamiento y citaciones, ninguna de las otras partidas reclamadas estuvo debidamente fundamentada, ni fue relacionada con una gestión particular del litigio, ni estuvo apoyada con prueba que justificara su necesidad y razonabilidad contrario a los criterios jurisprudenciales. Por ende, los planes médicos solicitaron la denegación de las costas por concepto de: fotocopias, transcripciones de juicio y vistas, deposiciones, traducción de documentos, intérprete y aquellos relacionados al perito Lebrón Jiménez.

Por otra parte, en cuanto al memorando de costas del Dr. Santiago, MMM y PMC argumentaron que las cuantías reclamadas por concepto de fotocopias y sellos de correo no son gastos de litigio recobrables, por considerarse gastos de oficina para el ejercicio de la profesión. Asimismo, adujo que las costas reclamadas por el uso de mensajería no estuvieron justificadas.

La parte reconviniente-apelante replicó y abundó sobre la necesidad y razonabilidad de las costas reclamadas. Para justificar los gastos del perito Lebrón Jiménez, dicha parte sostuvo que el testimonio pericial de éste fue esencial para probar los remedios compensatorios concedidos por el TPI.

En cuanto a la reproducción y costos de los escritos a nivel apelativo, dicha parte afirmó que los mismos proceden conforme a la Regla 85 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones. Por otra parte, los gastos de traductores o intérpretes son recobrables como costas por ser inherentes a la litigación, máxime cuando en el presente caso fue necesario la contratación de un intérprete para

facilitar el testimonio del Dr. Shinto, quien no sabía hablar español.

Finalmente, en cuanto al gasto por transcripción de las vistas, la parte reconviniendo-apelante aseguró que el mismo obedeció a la necesidad de facilitar la labor de las partes para cumplir con la orden del tribunal que requirió la presentación de memorando de hechos probados, máxime cuando los testimonios vertidos en el juicio duraron casi tres meses. Además, las partes acordaron sufragar por partes iguales este servicio por razón de utilidad.

Así las cosas, el TPI dictó una Resolución concediendo el pago de costas a favor de la parte reconviniendo-apelante desglosado de la siguiente manera: (1) Diagnostic: \$12,503.70; (2) Cardio Services: \$73,374.41 y (3) Dr. Santiago: \$523.00.¹⁸² Así, fueron eliminadas las partidas correspondientes a los gastos por fotocopias, intérprete, traductora y traducción de documentos.¹⁸³

Entiéndase, por tanto, que el TPI concedió a favor de **Diagnostic** las siguientes costas: sellos de tribunal, emplazamientos y citaciones, deposiciones y el perito Lebrón Jiménez. Mientras que a **Cardio Services**: sellos de tribunal, transcripción de juicio, transcripción de vistas, deposiciones, emplazamientos y citaciones y los peritos Lebrón Jiménez y Quiñones Marques. Por último, le concedió al **Dr. Santiago** el pago de los sellos de correo y los sellos del tribunal.

Sin embargo, MMM y PMC argumentan que el TPI incidió al así obrar, toda vez, que la parte reconviniendo-apelante no cumplió con los criterios jurisprudenciales sobre necesidad y razonabilidad de las partidas, mientras que otras, simplemente no proceden.

Así, examinados los memorandos de costas, la oposición de la parte reconvenida-apelada y tomando en consideración la totalidad de las circunstancias del presente caso y el derecho aplicable,

¹⁸² Apéndice 32 del recurso de *certiorari*, pág. 692.

¹⁸³ *Id.*

resolvemos expedir el auto de *certiorari* y modificar la resolución recurrida. Nos explicamos.

Comenzando por la partida del perito Lebrón Jiménez reclamada tanto por Cardio Services como por Diagnostic, sostenemos que la misma está más que justificada.

Surge de la prueba que el señor Lebrón Jiménez fue examinado durante el juicio sobre sus credenciales y preparación y, se aceptó como perito en CPA y en asuntos médicos. Su testimonio consistió en establecer la cuantía de los daños por pérdidas de ingresos sufridos por Cardio Services y Diagnostic, así como los daños por concepto de plusvalía como consecuencia de la cancelación de los contratos. Además, preparó un informe donde resumió las consideraciones, los daños y los cálculos para su determinación.

Así también, —de la propia sentencia apelada— surge la credibilidad y la utilidad que le mereció al TPI el testimonio del perito Lebrón Jiménez al momento de conceder los remedios reclamados por la parte reconviniente-apelante.¹⁸⁴ De manera que la intervención del perito Lebrón Jiménez fue necesaria y esencial para la parte reconviniente-apelante demostrar la cuantía de los daños sufridos, sobre los cuales se adjudicó tenía derecho a ser compensado. En vista de lo anterior, el foro primario no erró al conceder las costas de perito.

Tampoco incidió el TPI al conceder el pago de costas por concepto de la transcripción del juicio, reclamada por Cardio Services. No es sorpresa ni resulta irrazonable la necesidad de perpetuar el presente caso en una transcripción, cuando el juicio se prolongó por 21 días con el testimonio de más de 25 personas. Además, la utilidad y necesidad de la transcripción se hace meritoria

¹⁸⁴ Apéndice 53 del recurso de apelación KLAN202100311, págs. 905-906.

cuando cualesquiera de las partes deciden impugnar la decisión del juzgador de los hechos basada en la apreciación de la prueba. Por lo que en el presente caso la necesidad de la transcripción de juicio está justificada y procede su recobro.

Por otra parte, advertimos que Cardio Services y Diagnostic no justificaron en su memorando de costas ni en su escrito en oposición a la impugnación que hicieran los reconvenidos-apelados, la necesidad de las siguientes partidas: (1) transcripción de las vistas en la Sala de Aguadilla, y, (2) deposiciones. De manera que las costas por dichos conceptos no son recobrables.

Por último, en cuanto a las costas concedidas al Dr. Santiago, debemos limitar las mismas a los sellos del tribunal. Ello, toda vez que los sellos de correo se consideran gastos ordinarios atribuibles a la administración de una oficina de abogado.

En virtud de lo anterior, resolvemos expedir el auto de *certiorari* y, en consecuencia, modificar la Resolución sobre costas emitida por el TPI conforme a lo aquí intimado; así modificada, se confirma.

-IV-

Por los fundamentos antes expuestos, modificamos la Sentencia Enmendada apelada, conforme a lo aquí intimado; así modificada, se confirma. A continuación, el desglose del total de las cuantías concedidas a favor de los reconvinientes-apelantes:

DIAGNOSTIC NUCLEAR		
	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos	\$465,032.00	\$915,650.00
TOTAL ¹⁸⁵	\$465,032.00	\$915,650.00

CARDIO SERVICES		
	MMM	PMC

¹⁸⁵ La partida de pérdida de ingresos correspondiente a Diagnostic fue ajustada para deducir los pagos realizados por MMM y PMC con posterioridad a la terminación de los contratos, conforme a lo aquí intimado.

Pérdida de Ingresos	\$2,309,753.00	\$4,597,543.00
TOTAL¹⁸⁶	\$2,309,753.00	\$4,597,543.00

DR. RICARDO SANTIAGO		
	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos	\$75,000.00	\$ 75,000.00
Angustias Mentales	\$250,000.00	\$250,000.00
Honorarios por temeridad		\$50,000.00
TOTAL	\$325,000.00	\$375,000.00

DR. ORLANDO MARINI		
	MMM	PMC
Pérdida de Ingresos/ Daños Continuos	\$62,500.00	\$62,500.00
Angustias Mentales	\$250,000.00	\$250,000.00
Honorarios por temeridad		\$50,000.00
TOTAL	\$312,500.00	\$362,500.00

	MMM	PMC
TOTAL A PAGAR	\$3,412,285.00	\$6,,693.00

Así también, resolvemos expedir el auto de *certiorari* y, en consecuencia, modificar la Resolución sobre costas emitida por el TPI conforme a lo aquí intimado; así modificada, se confirma. A continuación, el desglose del total de las costas concedidas a favor de los reconvinientes-apelantes:

Descripción	
Sellos de Tribunal	\$ 360.50
Emplazamientos y Citaciones	\$ 262.50
Perito - Edelmiro Lebrón Jiménez	\$ 5,916.30
Total de Costas (Diagnostic Nuclear)	\$ 6,539.30

Descripción	
Sellos de Tribunal	\$ 420.86
Transcripción Juicio	\$ 19,280.66

¹⁸⁶ La partida de pérdida de ingresos correspondiente a Cardio Services fue ajustada, por un lado, para incluir el 33% de los ingresos devengados por las clínicas externas; y por otro lado, para deducir los pagos realizados por MMM y PMC con posterioridad a la terminación de los contratos, conforme a lo aquí intimado.

Emplazamientos y Citaciones	\$ 612.69
Perito - Edelmiro Lebrón Jiménez	\$ 11,416.30
Perito - Reynaldo Quiñones Marques	<u>\$ 27,081.42</u>

Total de Costas (Cardio Services) **\$ 58,811.93**

Descripción	
Sellos de Tribunal	<u>\$ 80.00</u>

Totales de Costas (Dr. Santiago) **\$80.00**

Por último, se devuelve el caso al TPI para que se determine la pérdida de ingresos atribuible a Cardio Services y Diagnostic, calculada a partir del último periodo considerado por el perito Lebrón Jiménez en su informe pericial hasta el 13 de noviembre de 2020, conforme al método de valorización utilizado por éste.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones. La Juez Méndez Miró emite un voto disidente y conforme en parte.

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

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

PREFERRED MEDICARE
CHOICE, INC.

Apelados

Vs.

DR. ORLANDO MARINI, su
esposa FULANA DE TAL y
la Sociedad Legal de
Gananciales compuesta
por ambos; DR. RICARDO
E. SANTIAGO MONTALVO,
su esposa SUTANA DE TAL
y la Sociedad Legal de
Gananciales compuesta
por ambos; CARDIO
SERVICES, INC.; y
DIAGNOSTIC NUCLEAR
MEDICINE, INC.

Apelantes

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia,
Sala de San
Sebastián

KLAN202100311

KLAN202100321

KLCE202100566

Casos Núm.:
A2CI201700079
A2CI201700080

Sobre: Cobro de
Dinero

Panel integrado por su presidente, el Juez Rodríguez Casillas, la Jueza Romero García y la Juez Méndez Miró

**VOTO DISIDENTE EN PARTE Y CONFORME EN PARTE
DE LA JUEZ MÉNDEZ MIRÓ**

En San Juan, Puerto Rico, a 17 de diciembre de 2021.

No comulgo con la conclusión de la mayoría de que MMM Healthcare, Inc. (MMM) y Preferred Medicare Choice, Inc. (PMC) incurrieron en dolo al rescindir el contrato. Veamos.

La mayoría basa su conclusión en lo siguiente:

1. El personal gerencial de MMM y PMC no se reunió con los representantes de Cardio Services Inc. y Diagnostic Nuclear Medicine, Inc. para dilucidar las discrepancias con respecto a la facturación de servicios rendidos, facturación y otros, a pesar de que el presidente de MMM y PMC, Sr. Richard Shinto, les instruyó a esos fines.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Sentencia, pág. 42.

2. La prueba demostró que la auditoría fue incompleta por lo que no se justificaba la cancelación del contrato.¹⁸⁸
3. MMM y PMC no tenían un protocolo para auditar supuestas actuaciones fraudulentas.¹⁸⁹
4. Los testigos de MMM y PMC no asumieron su responsabilidad por la cancelación del contrato.¹⁹⁰
5. MMM y PMC no hicieron gestiones adicionales para conocer las circunstancias que conllevaron el aparente disloque en la facturación, y en los servicios que se brindaron, entre otros.¹⁹¹
6. MMM y PMC no presentaron prueba sobre los motivos para no seguir el debido proceso de cancelación del contrato.¹⁹²

Aun tomando como ciertas todas y cada una de las razones que se desglosan para sostener que medió dolo, estas son insuficientes para cumplir con el *test* que exige el ordenamiento para alcanzar tal conclusión.¹⁹³

Al examinar el expediente identifico instancias múltiples que puntualizan actuaciones que se apartan de las mejores prácticas en materia de contratación. Estas evidencian, como mínimo, descuidos serios y torpeza de parte de MMM y PMC en la administración del contrato. Tal conducta, sin duda, alcanza el nivel de negligencia. No obstante, reitero, el derecho no sostiene una determinación de dolo. Por ende, hubiera ajustado la concesión de los remedios en línea con la determinación de que no medió dolo por parte de MMM y PMC al rescindir el contrato.

¹⁸⁸ *Íd.*, pág. 43.

¹⁸⁹ *Íd.*

¹⁹⁰ *Íd.*, pág. 44.

¹⁹¹ *Íd.*

¹⁹² *Íd.*, pág. 45.

¹⁹³ *800 Ponce de Leon Corp. v. American International Insurance Company of Puerto Rico*, 205 DPR 163, 182 (2020); *Colón v. Promo Motor Imports, Inc.*, 144 DPR 659, 668 (1997).

Por lo demás, estoy conforme con el dictamen mayoritario.

Gina R. Méndez Miró
Juez de Apelaciones