



PROPUESTA DE ENMIENDAS REGLAS 2, 8, 9 Y 16
REGLAMENTO NÚM. 6911
REGLAMENTO PARA LA LEY DE PROTECCIÓN SOCIAL
POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Regla 2

Definiciones

Según se usan en este Reglamento, las siguientes palabras tendrán los significados que a continuación se expresan:

- 1. Abandono de Tratamiento** - Ausentarse o incumplir con el tratamiento médico recomendado por el proveedor médico de la ACAA sin justificación médica o justa causa. No seguir las indicaciones del médico y discontinuar el tratamiento antes de completarlo.
- 2. Accidente de Vehículo de Motor** - Evento en el cual una persona natural sufre daño corporal o enfermedad o la muerte como consecuencia del mantenimiento o uso por sí mismo o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo.
- 3. Actividades del Diario Vivir** - Conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre ellas se incluyen actividades como: comer, completar el acto de defecar y orinar, vestirse, bañarse, trasladarse.
- 4. Acupuntura** - Práctica médica de la inserción y manipulación de agujas en sitios específicos del cuerpo con el objetivo de inducir alivio al dolor. La colocación de agujas en

la piel está dictada por la localización de los meridianos. Las agujas de acupuntura han sido aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, FDA por sus siglas en inglés.

5. **Administración** - Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.
6. **Administrador Regional** - Funcionario administrativo de mayor jerarquía, en y a cargo de una Oficina Regional, en quien el Director Ejecutivo puede delegar funciones de investigar y decidir en primera instancia toda reclamación de servicio médico o beneficio.
7. **Agravación** - Término utilizado para identificar la precipitación, exacerbación o empeoramiento de una condición médica preexistente, conocida o no conocida por la víctima, al momento del accidente por razón de un accidente de vehículo de motor.
8. **Ama de Llaves** - Persona empleada por un proveedor autorizado y contratado por la ACAA para ofrecer servicios de custodia en el hogar. La persona debe tener disposición, vocación y destrezas en la atención de la víctima, que no requieren la atención continua de un profesional de la salud. Ésta prestará ayuda a la víctima en su hogar, en las actividades diarias y en el cuidado personal.
9. **Ambulancia** - Vehículo especialmente preparado y equipado para transportar por tierra o aire a personas heridas o enfermas. Debe incluir en su equipo una camilla, oxígeno y materiales de primera ayuda. Debe haber cumplido, además, con los requisitos legales para operar como ambulancia en Puerto Rico.
10. **Beneficio Médico-Hospitalario** - Es uno de los beneficios de la Ley Núm. 138-1968, que comprende un conjunto de varios servicios médicos en hospitales, casas de convalecencia, el hogar o el ambiente ambulatorio, cubiertos por la ACAA para las víctimas de accidentes de vehículos de motor, elegibles al beneficio. Entre los servicios se incluyen: servicios médico-hospitalarios, médico-quirúrgicos, ancilares, dentales, siquiátricos y de farmacia, tanto en ambiente institucionalizado como ambulatorio, establecidos en la Ley y Reglamento, y los servicios autorizados mediante políticas médicas con sus correspondientes limitaciones y exclusiones. El beneficio médico hospitalario se divide en Cubierta Básica y Cubierta Extendida.

- 11. Casa de Convalecencia** - Institución legalmente autorizada por el Departamento de Salud a operar como Facilidad de Cuidado de Larga Duración, Casa de Salud o cualquier otra facilidad con funciones y licencias comparables, que provee servicios clínicos de enfermeras graduadas, médicos primarios o fisiatras y profesionales diestros en terapias de rehabilitación a personas que requieren atención clínica durante veinticuatro (24) horas al día o servicios de rehabilitación. El término se conoce en la Industria de la Salud como Facilidad de Cuidado Diestro de Enfermería o “Skill Nursing Facility”, por su nombre en inglés.
- 12. Comité de Evaluación Médica** - Grupo de por lo menos tres (3) médicos licenciados, con diferentes especialidades, el Director Médico y/u otro médico que el Director Ejecutivo designe para la toma de decisiones clínicas a la luz de la Ley y el Reglamento, políticas médicas que rigen la ACAA y criterios profesionales de la práctica médica de la medicina, aceptados en la comunidad.
- 13. Condición de Emergencia Médica** - Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría (1) poner en grave peligro la salud de una persona o, (2) causar un grave deterioro en las funciones corporales de dicha persona; (3) causar una grave disfunción de cualquier órgano corporal o parte del órgano o (4) desfiguración grave de dicha persona.
- 14. Condición Preexistente** - Cualquier enfermedad, lesión o condición anterior contraída o producida por causas ajenas al accidente de vehículo de motor. Puede ser conocida o no conocida por la víctima.
- 15. Cubierta Básica** - Conjunto de los servicios médico-hospitalarios o beneficios autorizados por la ACAA a los que tienen derecho todas las víctimas que sean elegibles por Ley, durante el término máximo de dos (2) años, a partir de la fecha del accidente y que sean autorizados de conformidad con los reglamentos, políticas y procedimientos de la ACAA.

- 16. Cubierta Extendida** - Conjunto de los servicios médico-hospitalarios, según lo determine el Comité de Evaluación Médica, que se extienden por un periodo mayor a los dos (2) años a partir de la fecha del accidente, a las víctimas con condiciones de paraplejía y cuadriplejía y/o, trauma severo y fracturas múltiples con complicaciones de tal naturaleza que se afecte una o más funciones del diario vivir, entre otros diagnósticos determinados por políticas médicas y aprobados por el Comité de Evaluación Médica.
- 17. Daño Objetivo** - Lesión que puede medirse por hechos, estudios o clínicas, distinto al daño subjetivo que se basa en el sentir de la persona.
- 18. Dentista** - Doctor en medicina dental, o cualquier dentista autorizado por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico a practicar la profesión de odontología en Puerto Rico.
- 19. Dependencia** - Dependencia económica real y directa de tipo sustancial y no de mera ayuda económica, por lo cual una persona depende de las aportaciones económicas de otra para su sustento.
- 20. Día** - Día calendario, a menos que se especifique lo contrario.
- 21. Director Ejecutivo** - Director Ejecutivo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.
- 22. Director Médico** - Doctor en medicina con licencia para practicar en Puerto Rico nombrado por el Director Ejecutivo, quien dirigirá los trabajos evaluativos y clínicos relacionados con los servicios médicos que ofrece la Administración.
- 23. Elegibilidad** - Se refiere al cumplimiento con los requisitos que permiten cualificar a un reclamante o víctima para recibir los servicios o beneficios dispuestos en la Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada y su Reglamento.
- 24. Farmacia** - Es un establecimiento legalmente autorizado por el estado, donde bajo la supervisión de un farmacéutico licenciado, se despachan medicinas.

- 25. Formulario de Medicamentos** - Lista de medicamentos cubiertos por la ACAA para tratar las condiciones médicas de la víctima, que están directamente relacionadas a un accidente de vehículo de motor.
- 26. Fracturas Múltiples con Complicaciones** - Lesiones traumáticas músculo-esqueléticas de dos (2) o más áreas anatómicas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o sistema. El daño debe de ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más funciones del diario vivir, que requieran a juicio del Comité de Evaluación Médica tratamiento más allá de los dos (2) años.
- 27. Habitación Semi-Privada** - Habitación con dos (2) o más camas, pero no más de seis (6), en cualquier facilidad médico-hospitalaria.
- 28. Hospital** - Facilidad legalmente autorizada a operar como hospital por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y que provea cuidado médico-quirúrgico de nivel agudo, de médicos y enfermeras graduadas, veinticuatro (24) horas al día, para el diagnóstico y tratamiento a personas lesionadas o enfermas. Existen hospitales especializados en Siquiatría, Rehabilitación, Trauma y otros campos de la medicina.
- 29. Incapacidad** - Se refiere a la inhabilidad física o mental causada por las lesiones de un accidente de vehículo de motor, sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente. Es aquella de tal naturaleza, que impida a la víctima en forma total y continua dedicarse a su empleo u ocupación, profesión, negocio propio y otras actividades que produzcan ingresos.
- 30. Junta** - Junta de Gobierno de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.
- 31. Ley** - Ley Núm. 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como *Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles*.
- 32. Manual de Tarifas** - Guía informativa sobre las políticas de facturación y pago, la cual provee información de códigos de servicios y tarifas aplicables.

- 33. Medicina Cubierta** - Medicamento que la condición de la víctima requiera por las lesiones recibidas como consecuencia directa del accidente de vehículo de motor, siempre y cuando vaya acompañada de una receta y se encuentre en el Formulario de Medicamentos aprobado por la ACAA, u otros medicamentos autorizados por el Director Médico en circunstancias extraordinarias de necesidad médica.
- 34. Medicina(s) Repetida(s)** - Es la medicina que ha de despacharse, según la correspondiente receta, en cantidades similares por más de una ocasión, sin necesidad de que se obtenga una nueva receta para cada ocasión. Ninguna receta de este tipo podrá cubrir tratamiento que exceda un término de noventa (90) días sin que se expida una nueva receta. Las repeticiones representarán fracciones del término antes indicado, a partir del cual se requerirá una nueva receta, emitida luego de la correspondiente reevaluación médica.
- 35. Médico** - Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico en Puerto Rico.
- 36. Médico de Tratamiento** - Médico que ofrece servicios y atiende al momento, o de forma habitual, a la víctima de accidente de vehículo de motor. Éste puede ser el médico primario o el médico especialista (ortopeda, neurólogo, fisiatra, siquiatra, entre otros).
- 37. Necesidad Médica** - Servicios, tratamientos, equipos y suministros que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento del estado médico del paciente, cumplen con los estándares de la práctica de la medicina y no se proveen por conveniencia del paciente o su proveedor de servicio. En términos generales, la necesidad médica se fundamenta en la práctica aceptada de la medicina que garantiza la habilidad de que la víctima del accidente mantenga, conserve u obtenga sus capacidades funcionales.

Los servicios médicamente necesarios tienen que cumplir con los siguientes criterios:

1. Deben ser apropiados y consistentes con el diagnóstico indicado por el (los) médico(s) que atiende(n) su condición.

2. Ser compatibles de acuerdo a los estándares de la práctica aceptados en la medicina.
3. Sean provistos en lugares seguros, apropiados y costo-efectivo de acuerdo al diagnóstico y la severidad de los síntomas indicados por el (o los) médico(s) que le atiende.
4. No son provistos por conveniencia de la víctima, sus proveedores o su hospital.
5. No son primariamente provistos como servicios de carácter custodial.

38. Persona prudente y razonable - Es aquella persona que actúa con el grado de cuidado, diligencia, vigilancia y precaución exigidos por las circunstancias.

39. Políticas Médicas - Conjunto de normas, estándares, criterios o guías desarrolladas y/o adoptadas por la ACAA para facilitar la administración de los beneficios que provee a sus reclamantes conforme a la cubierta y necesidad médica. Estas políticas están basadas en literatura científica, criterios desarrollados por grupos especializados y guías adoptadas por organizaciones de cuidado de la salud, basadas en la evidencia médica. Estas políticas pueden ser revisadas por la ACAA, de tiempo en tiempo, cuando el Director Ejecutivo disponga, y pueden constituir nuevas políticas médicas, enmiendas a políticas o al Manual de Tarifas.

40. Prolongación de la Cubierta Básica - Extensión de la Cubierta Básica por un periodo determinado, al cumplirse los dos (2) años, para concluir un tratamiento en curso o para aprobar un servicio que sea médicamente necesario, según autorizado por el Comité de Evaluación Médica.

41. Receta - Es el documento donde un médico o dentista, detalla las medicinas necesarias para tratar una víctima de accidente de vehículo de motor, su uso, así como las cantidades a despacharse.

42. Recidiva - Término para denotar la recurrencia de una condición médica, ocasionada por un accidente de vehículo de motor, que había cesado o permanecido en remisión. Se

diferencia de la agravación, para efectos la Ley Núm. 138-1968, en que ésta parte de una condición preexistente al accidente de vehículo de motor, mientras que la recidiva trata una condición ocasionada por el accidente.

- 43. Reglamento** - Reglamento para la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles.
- 44. Relación Causal** - Determinación fundamentada en la evidencia médica y otros documentos presentados por la víctima en su reclamación en la que se concluye que las lesiones y condiciones que presenta la víctima fueron causadas por un accidente de vehículo de motor.
- 45. Servicios Ambulatorios** - Son aquellos que se ofrecen a la víctima de accidente de vehículo de motor cuando ésta no está institucionalizada en una facilidad médica, entre otros, consultas médicas, pruebas diagnósticas, cirugías menores y tratamientos recibidos.
- 46. Servicios Ancilares** - Son aquellos necesarios para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de lesiones como lo son pruebas diagnósticas, laboratorios, servicios de radiología y otros de uso común en la práctica médica.
- 47. Servicios de Custodia** - Es el servicio no médico, que no requiere de un plan de tratamiento o ser ofrecido directamente por enfermeras graduadas, diseñado para prestar asistencia personal a la víctima de accidente de vehículo de motor, en sus actividades del diario vivir como ayuda para caminar, transferirse de un lugar a otro, vestirse, bañarse, alimentarse, uso y supervisión del servicio sanitario, mantenimiento de su higiene personal, y otros cuidados personales que no requieran atención continua de personal clínico adiestrado, y cuando no exista un cuidador disponible y capacitado para prestarlos.
- 48. Servicios de Mantenimiento** - Son aquellos que solamente persiguen mantener la función en estado actual y no persiguen mejoramiento en función.
- 49. Servicios Médicos Paliativos** - Servicios médicos que proveen alivio, pero no curan.

- 50. Servicios Médico-Quirúrgicos** - Servicios de evaluación y tratamiento médico y los relacionados a cirugías, tanto en hospital como ambulatorios.
- 51. Servicios Quiroprácticos** - Tratamiento de terapias alternativas basado en la evaluación del sistema músculo-esquelético, diagnóstico de no alineamiento en las articulaciones, particularmente en la espina dorsal, que podrían causar otras condiciones al afectar nervios, músculos y órganos y el tratamiento de manipulación y ajustes para corregir las deficiencias.
- 52. Trauma Severo** - Lesiones cuyo tratamiento y rehabilitación, a juicio de un Comité de Evaluación Médica creado por la Administración, requieran un término mayor de dos (2) años y donde exista una o más lesiones médicas postraumáticas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o sistema. El daño debe ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más funciones del diario vivir.
- 53. Unidad Especial** - Cualquier establecimiento, facilidad, institución, casa de salud, hogar de cuidado u otra entidad, debidamente autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para ofrecer cuidado y mantenimiento de la salud, excluyendo cualquier tipo de hospital. Conforme a los términos de su licencia, pueden ofrecer diferentes niveles de cuidado, desde servicios diestros de enfermeras licenciadas o solo servicios de custodia relacionados a las actividades del diario vivir de la persona, o una combinación de ambos.
- 54. Unidad Familiar** - Para fines del beneficio de compensación por muerte, se refiere a un grupo de dos o más beneficiarios menores de edad o incapacitados mentales, que residan juntos bajo el cuidado y atención de la misma persona, o el cónyuge beneficiario de la víctima y uno o más menores beneficiarios que estén bajo su custodia.
- 55. Víctima** - Persona natural que sufra daño corporal o enfermedad o la muerte resultante de éstas, como consecuencia del mantenimiento o uso por sí mismo o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo.

Regla 8

BENEFICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS

A. Autoridad del Director Ejecutivo

El Director Ejecutivo tendrá las siguientes facultades con relación a los beneficios médico-hospitalarios, así como toda otra que legalmente le delegue la Junta de Gobierno de la ACAA:

1. Autorización del Director Ejecutivo en Casos de Emergencia

El Director Ejecutivo, o el funcionario en quien éste delegue, podrá autorizar servicios médicos, incluyendo hospitalización, a cualquier víctima de accidente de vehículo de motor que lo requiera de emergencia si, a su juicio, tal persona hubiere sufrido tales lesiones en un accidente que estuviera, prima facie, cubierto por Ley. Dicha autorización estará sujeta a procedimientos de recobro si luego se determina que la víctima no era elegible a la cubierta provista.

2. Promulgación de Políticas Médicas

El Director Ejecutivo, mediante la aprobación de Políticas Médicas y Procedimientos, establecerá el alcance de la cubierta de los servicios médicos, sus limitaciones y exclusiones y establecerá las normas para su autorización. El Director Ejecutivo no autorizará tratamiento médico en exceso a lo que dispone la reglamentación, incluyendo las políticas médicas y las normas de pago establecidas en el Manual de Tarifas o contratos con proveedores, a menos que a juicio del Director Ejecutivo existan circunstancias extraordinarias que lo justifiquen.

El Director Médico o el funcionario profesional autorizado en el Departamento de Asuntos Médicos con el asesoramiento del Comité de Evaluación Médica y otros funcionarios, tiene la responsabilidad de presentar recomendaciones al Director

Ejecutivo para mantener las políticas médicas actualizadas. Las recomendaciones deben tomar en consideración, entre otros, análisis de utilización, costo-efectividad y las guías de práctica médica basada en la evidencia científica.

3. Manual de Tarifas

El Director Ejecutivo, o en quien éste delegue, regulará los pagos a proveedores contratados a base de tarifas por servicios. Las tarifas y las normas de pagos aprobadas se incluirán en un Manual de Tarifas. El Director Ejecutivo nombrará un Comité de Tarifas el cual tendrá la responsabilidad de presentar recomendaciones para mantener el Manual de Tarifas actualizado, codificar los servicios y establecer las normas de pago para los servicios cubiertos. En la codificación de los servicios se usarán las Guías de Codificación utilizadas en el campo de la salud.

4. Contratación de Proveedores

El Director Ejecutivo establecerá unas normas objetivas a tomarse en consideración al negociar contratos con hospitales y otras instituciones para establecer la Red de Proveedores de la ACAA que prestará los servicios de salud. A esos fines, el Director Ejecutivo aprobará Políticas de Contratación y Credencialización estableciendo los requisitos que deben cumplir los proveedores en cumplimiento de las leyes estatales y federales y cualquier otro requisito que establezca la ACAA.

El Director Ejecutivo, o el funcionario en quien éste delegue, podrá autorizar que, mediante cartas de excepción, se negocien acuerdos particulares con proveedores no contratados, cuando la necesidad del servicio lo requiera.

5. Determinaciones sobre Cuestiones Médico-Jurídicas

El Director Ejecutivo podrá establecer normas internas o contratar recursos profesionales para atender las consultas, estudios y opiniones sobre cuestiones médico-jurídicas relacionadas con reclamaciones bajo la Ley, a los fines de recibir el debido asesoramiento profesional en la decisión de dichas reclamaciones.

B. Administración del Beneficio Médico-Hospitalario

Las víctimas de accidentes de vehículos de motor tienen derecho al beneficio médico-hospitalario, sujeto a los requisitos de cubierta y de elegibilidad de la víctima, establecidos en la Ley y este Reglamento, y las políticas médicas.

1. Cubiertas de Beneficios

a. Cubierta Básica

Es la cubierta disponible para todas las víctimas de accidente de vehículo de motor, elegibles y con derecho bajo la Ley Núm. 138-1968 a recibir los servicios médicos que su condición razonablemente requiera, hasta un máximo de dos (2) años, a partir de la fecha del accidente, excepto en aquellas situaciones excluidas de la Ley y Reglamento.

En cuanto a accidentes ocurridos después del 30 de junio de 1976, no se proveerá tratamiento médico u hospitalización después del término de los dos (2) años siguientes a la fecha del accidente, excepto que la víctima cualifique para la prolongación de la Cubierta Básica o Cubierta Extendida.

Las lesiones recibidas deben estar relacionadas al accidente de vehículo de motor y con daño objetivo. El tratamiento médico o de rehabilitación autorizado para cada lesión, debe ser razonable, activo y dirigido a atender las necesidades médicas y de rehabilitación. A una víctima elegible de un accidente de vehículo de motor cubierto por la Ley, se le ofrecerá Cubierta Básica para lesiones causadas por el accidente y que exista daño objetivo.

El Director Ejecutivo dispondrá mediante Política y Procedimiento los límites, criterios, requisitos y modalidades de prestación de servicios para la Cubierta Básica. Los servicios incluidos en el beneficio serán autorizados, considerando la relación causal y la necesidad médica de cada lesión y sujeto a toda la reglamentación aplicable.

1) Prolongación de la Cubierta Básica

El Director Ejecutivo, Director Médico o el funcionario en quien éste delegue, está autorizado a extender provisionalmente la Cubierta Básica por un periodo mayor a los dos (2) años a las víctimas cuyas lesiones requieran atención prolongada en las circunstancias descritas en las políticas médicas aprobadas por la ACAA.

b. Cubierta Extendida

Es la cubierta disponible para víctimas parapléjicas y cuadripléjicas y los casos de trauma severo y de fracturas múltiples con complicaciones que requieren atención médica prolongada y otros diagnósticos, según lo disponga la Ley, este Reglamento, las políticas médicas y procedimientos y normas del Comité de Evaluación Médica. La cubierta se extenderá por el tiempo que dure la condición que limite las actividades del diario vivir, según lo determine el Comité de Evaluación Médica.

En los casos de parapléjicos y cuadripléjicos se prestarán servicios por un término mayor de dos (2) años.

En los casos de trauma severo y fracturas múltiples se tendrá derecho a tratamiento por un término mayor de dos (2) años cuando exista una o más lesiones médicas post-traumáticas con daño objetivo que limite la función de algún órgano o sistema. El daño debe ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más actividades del diario vivir, según lo determine el Comité de Evaluación Médica.

El Director Ejecutivo dispondrá mediante política y procedimiento los límites, criterios, requisitos y modalidades de prestación de servicios para la cubierta extendida.

2. Categorías de Servicios Médicos

La autorización y denegación de servicios médicos se efectuarán conforme a las disposiciones de Ley, Reglamento, políticas médicas, procedimientos y otras normas operacionales utilizadas por la Administración.

a. Servicios de Emergencia Médica

Incluye servicios de ambulancias terrestres y aéreas, sala de urgencias, de emergencias, hospitales médico-quirúrgicos, ancilares y otros servicios en hospital necesarios para estabilizar la condición de la víctima.

- **Ambulancias**

La Administración pagará los servicios de ambulancia para transportar víctimas de un accidente de vehículo de motor cubierto por la Ley cuando la condición médica del paciente lo requiera. El uso de ambulancias terrestres sin previa autorización se hará únicamente para transportar a las víctimas del sitio del accidente a la facilidad médica más cercana, o de un hospital a otro hospital, pero únicamente cuando en el primer hospital no existan las facilidades adecuadas para el tratamiento de la víctima y la transportación de dicha víctima se efectúe al hospital más cercano que tenga las facilidades adecuadas y la víctima que fue trasladada permanezca admitida en la institución hospitalaria a la que fue trasladada. En todo otro caso, deberá existir una autorización previa de la Administración para el uso de este servicio.

Para cualificar para el uso de ambulancia la condición del paciente debe ser tal que requiera que sea transportado en camilla, según certificación médica. No será necesaria dicha certificación cuando se trate de transportar una víctima de accidente de vehículo de motor desde el sitio del accidente hasta la sala de emergencia más cercana.

La Administración no será responsable del pago de transportación en ambulancia de hospital a hospital, hospital a casa de convalecencia, o de éstos a la casa del

paciente, si no existe una necesidad médica y no cumple con las políticas médicas vigentes.

La Administración pagará solamente por la transportación del paciente en la ambulancia y no incluirá tiempo de espera.

Los servicios de Ambulancia Terrestre o Aérea estarán regulados conforme a las políticas médicas vigentes.

b. Servicios Médico-Hospitalarios, Médico-Quirúrgicos, Servicios Ancilares y otros Servicios en el Hospital

La cubierta médica de la ACAA en facilidades hospitalarias incluye servicios en, Hospitales de Cuidado Agudo, Hospitales de Rehabilitación, Sala de Emergencia, Casas de Convalecencia, Siquiatría, Médico-quirúrgicos, Ancilares, Radiología, Laboratorios, Medicamentos, Terapia Física, Ocupacional y del Habla y otros relacionados al tratamiento médico mientras la víctima está hospitalizada en una facilidad médica licenciada por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para prestar todos o algunos de esos servicios.

1) Servicios de Hospitalización

Se cubren servicios en hospitales de Cuidado Agudo, Trauma, Rehabilitación, y Psiquiátricos.

La víctima tendrá derecho al uso de una habitación semi-privada del hospital. Será necesaria la autorización previa de la Administración estableciendo la existencia de necesidad médica para tener derecho a una habitación privada.

Los servicios de hospitalización serán cubiertos conforme a las políticas médicas y procedimientos vigentes de la Administración, únicamente cuando las lesiones sean originadas a consecuencia de un accidente de vehículo de motor y la

víctima no fuera un conductor que conducía bajo alguna de las exclusiones de elegibilidad de cubierta que provee la Ley Núm. 138-1968.

La hospitalización para casos psiquiátricos se incluye en la Sección de Servicios de Salud Mental.

2) Cirugía Plástica

La Administración cubrirá la cirugía plástica reconstructiva, practicada con el propósito de restaurar el funcionamiento de cualquier área anatómica afectada por el accidente, siempre que se pueda establecer la necesidad médica.

La Administración no será responsable de los gastos incurridos con relación a la cirugía plástica realizada con fines cosméticos, con excepción de cirugías reconstructivas para corregir cicatrices desfigurantes en la cara, cuello y manos.

Para determinar si una cicatriz es desfigurante se considerarán las siguientes características:

- 1) la anchura de la cicatriz
- 2) la elevación de la cicatriz
- 3) la depresión de la cicatriz
- 4) la elevación entre los bordes de la cicatriz
- 5) el grado de constricción de la cicatriz

La Administración podrá considerar como un caso excepcional cicatrices desfigurantes en otras partes del cuerpo, solo cuando tales cicatrices afecten adversamente su funcionalidad y/o sustancialmente la capacidad de la víctima para generar ingresos.

En todo caso la consulta de cirugía plástica vendrá acompañada de fotografías en colores de buena calidad, en las que se puedan apreciar las características de la cicatriz.

Toda cirugía plástica debe ser previamente autorizada por el Director Médico o funcionario profesional autorizado en el Departamento de Asuntos Médicos.

La Administración no cubrirá servicios de cirugía plástica que no estén conforme a las limitaciones de lo establecido en este Reglamento y las políticas médicas vigentes.

3) Hospital de Rehabilitación

Están cubiertos los hospitales especializados en rehabilitación que estén debidamente certificados y acreditados por el gobierno, para pacientes con lesiones al cordón espinal, lesiones cerebrales traumáticas y cualquier otra condición que la Administración determine necesitan un programa integral de rehabilitación para alcanzar su máximo nivel de funcionalidad. Los servicios estarán cubiertos en la medida en que se cumpla con los requisitos de las políticas médicas vigentes y los criterios de admisión del hospital de rehabilitación.

4) Servicios de Casas de Convalecencia (Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería)

La Administración proveerá los servicios de casas de convalecencia mediante previa autorización del Departamento de Asuntos Médicos, en los casos en que un médico de tratamiento determine que la víctima necesita cuidado de enfermeras continuo (durante 24 horas) en una casa de convalecencia y/o servicios de rehabilitación y así lo exprese mediante orden escrita. La ACAA no cubre alojamiento en habitación privada en casa de convalecencia, excepto que sea médicamente necesario y aprobado por la ACAA.

La víctima será admitida para tratamiento en la casa de convalecencia por el mismo padecimiento o lesión por el cual fue tratada en el hospital debido a las lesiones sufridas en un accidente de vehículo de motor.

El Director Ejecutivo dispondrá mediante la Política y Procedimiento de Casas de Convalecencia los límites, criterios, requisitos, procedimientos y modalidades de prestación de servicios relacionados con las casas de convalecencia.

5) Servicios de Fisiatría

Los servicios de fisiatría y terapia física en sus diferentes modalidades estarán cubiertos en hospital, casas de convalecencia, hospitales de rehabilitación y ambulatorios. En todos los casos el Fisiatra deberá presentar el plan de tratamiento recomendado a la Administración para su aprobación.

Los servicios de fisiatría y terapia física serán autorizados conforme a las políticas médicas vigentes.

6) Servicios de Quiropráctica

La Administración proveerá servicios Quiroprácticos a las víctimas de accidentes de vehículo de motor, como una herramienta terapéutica adicional a la medicina convencional. Los servicios cubiertos serán aquellos relacionados con las lesiones recibidas en accidentes de vehículo de motor, que sean médicamente necesarios y que ofrezcan rehabilitación de carácter activo, excepto en los casos de Cubierta Extendida. Estos servicios requieren ser autorizados por el Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA conforme a las políticas médicas aprobadas.

7) Servicios de Acupuntura

La Administración proveerá servicios de Acupuntura a las víctimas de accidentes de vehículo de motor, como una herramienta terapéutica adicional a la medicina

convencional. Los servicios cubiertos serán aquellos relacionados con las lesiones recibidas en accidentes de vehículo de motor, que sean médicamente necesarios y que ofrezcan rehabilitación de carácter activo, excepto en los casos de Cubierta Extendida. Estos servicios requieren ser autorizados por el Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA conforme a las políticas médicas aprobadas.

c. Servicios Médico-Quirúrgicos, Ancilares y otros Servicios Ambulatorios

La Administración cubrirá, sujeto a la previa autorización, los servicios ambulatorios de evaluación y procedimientos médicos incluyendo los que son provistos por proveedores de salud mental, servicios en salas de urgencia, servicios médico-quirúrgicos, servicios ancilares, servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero, órtesis y prótesis, pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas y otros servicios que se ofrecen sin estar admitidos a una facilidad de salud.

(1) Servicios de Salud en el Hogar

Son los servicios por profesionales de la salud que promueven, mantienen o restauran la salud física de la víctima prestados en el hogar o en instituciones para cuidados de salud. La Administración cubrirá estos servicios conforme a lo establecido en este Reglamento y las políticas médicas vigentes.

(2) Servicios de Enfermeras

La Administración no cubrirá los servicios de enfermeras, excepto cuando la víctima esté reclusa en su hogar y el médico a cargo de su tratamiento certifique, por escrito, la necesidad médica de este servicio sujeto a las condiciones expresadas más adelante. Este servicio deberá ser autorizado expresamente por la Administración, indicando el número de días que se autorizan y el servicio a ofrecerse.

No se autorizarán servicios de enfermeras a pacientes hospitalizados.

La Administración solamente reconocerá como enfermeras aquéllas debidamente adiestradas y con licencia para ejercer la profesión en Puerto Rico, o que estén haciendo los trámites para obtener su licencia permanente y a quienes se les haya extendido una licencia provisional.

La Administración no pagará enfermeras para únicamente prestar servicios de custodia en el hogar, los cuales consisten mayormente en ayudar al paciente en sus actividades diarias y cuidado personal y no requieren atención médica continua.

(3) Manejo de Dolor

La ACAA cubrirá el tratamiento para el manejo de dolor, sujeto a lo dispuesto en las políticas médicas aprobadas. Se cubrirán los servicios de terapia física, acupuntura, quiropráctica, bloqueos epidurales e inyecciones en punto de gatillo, según estén justificados por el proveedor de servicio dentro del plan de tratamiento y sujeto a las políticas médicas establecidas por la ACAA.

(4) Equipo Médico y Prótesis

La Administración cubrirá el equipo médico y prótesis que sea necesario para la rehabilitación de las víctimas, conforme a una receta médica, de acuerdo a las políticas, procedimientos, normas de subastas y contratación establecidas.

Cuando la Administración entienda que es más costo-efectivo la adquisición de un equipo médico, que su alquiler, comprará dicho equipo y el mismo pasará a ser propiedad de la víctima. La Administración será responsable de administrar las garantías de estos equipos con el suplidor de los mismos.

La ACAA cubrirá equipo médico y prótesis bajo estrictos criterios de necesidad médica y según las cantidades establecidas mediante política médica o determinaciones de la Administración.

(5) Servicios de Salud Mental

La Administración proveerá tratamiento de siquiatría y/o psicología en los casos que así lo ameriten y exista relación causal con el accidente de vehículo de motor. Deberá mediar una recomendación médica y la autorización del Asesor Médico en siquiatría de la ACAA o, en su defecto, el médico designado por el Director Ejecutivo, utilizando el formulario oficial de la ACAA. Se excluyen de la cubierta de la ACAA la hospitalización por condiciones que no sean causadas directamente por un accidente de vehículo de motor cubierto por Ley.

Los servicios de siquiatría estarán sujetos, además, al tratamiento y límite de tiempo especificado por el Asesor Médico con especialidad en Siquiatría ("Asesor Médico-Siquiatra") o Médico Autorizado de la ACAA. Tratamientos adicionales o por un periodo mayor al autorizado por la ACAA, deberán ser aprobados por el Asesor Médico-Siquiatra o el Médico Autorizado, según la Política Médica de Siquiatría vigente.

Será necesaria la autorización previa del Asesor Médico-Siquiatra o Médico Autorizado para la hospitalización de casos siquiátricos y hospitalizaciones siquiátricas parciales, excepto en situación de emergencia médica. Éste establecerá los días de hospitalización parcial autorizados. Las hospitalizaciones autorizadas estarán sujetas a auditoría médica.

(6) Servicios Dentales

La Administración pagará por los servicios dentales y de cirugía oral que se presten a las víctimas de un accidente de vehículo de motor cubierto por la Ley. Estos servicios requieren la autorización del personal de la ACAA encargado de contestar las consultas dentales. Se prestarán servicios de tratamiento o de restauración cuando dichos servicios estén relacionados directamente con el accidente. Cuando el tratamiento de la lesión sufrida requiera el arreglo de una condición preexistente, el arreglo de dicha condición será evaluado por el dentista o Médico Autorizado

designado por la ACAA para esa función, quien determinará la necesidad médica para que se pueda proceder con el arreglo de dicha condición.

Los servicios de odontología que no sean de emergencia requerirán autorización previa del dentista o Médico Autorizado de la ACAA. La ACAA no será responsable del pago de servicios dentales que no sean previamente autorizados por el dentista o Médico Autorizado de la ACAA.

En casos de restauraciones dentales, no se considerarán restauraciones con fines cosméticos, ni restauraciones duplicadas y se pagará solamente por los servicios profesionales, según dispuesto en el Manual de Tarifas o contratados con el proveedor. La Administración será responsable del tratamiento en especialidades tales como ortodoncia periodoncia, endodoncia y prótesis dentales solamente cuando el dentista o el Médico Autorizado determinen que dicho tratamiento es necesario para la rehabilitación de la víctima, evaluando cada caso individualmente.

En los casos en los cuales la víctima del accidente sea un niño que no haya alcanzado su madurez dental y haya sufrido la pérdida de dientes y/o lesiones orales, cuya restauración requiera de un término de tiempo en exceso de los dos (2) años, la Administración podrá autorizar tratamiento médico adicional, siempre y cuando el caso sea evaluado por el dentista o Médico Autorizado de la ACAA y éste determine la necesidad médica del servicio. La Administración sólo pagará hasta un máximo de dos (2) prótesis temporeras en acrílico en lo que se le construye la prótesis “permanente” o “final”.

(7) Servicios de Medicinas en Farmacias

La Administración proveerá servicios de medicinas despachadas en farmacias mediante una receta por un médico o dentista para el tratamiento de lesiones a consecuencia de un accidente de vehículo de motor cubierto por la Ley. No estarán cubiertos los medicamentos para condiciones o lesiones que no tienen relación causal con el accidente de vehículo de motor tales como para el manejo de la

hipertensión, agentes cardiovasculares, hormonas, antidiabéticos y antiasmáticos, entre otros.

Si la condición de la víctima requiere repetir una medicina, se proveerán beneficios para medicinas repetidas mediante una receta, según indicaciones del médico o dentista que expidió la receta original, hasta un máximo de noventa (90) días o la cantidad establecida en la Política Médica de Farmacia.

No se autorizarán medicamentos que se pueden obtener sin necesidad de una receta, comúnmente, conocidos como “over the counter”.

A través del Formulario de Medicamentos, diseñado por el Comité de Farmacia y aprobado por el Director Ejecutivo, se define la cubierta de farmacia y medicamentos cubiertos autorizada por la ACAA.

El uso de productos genéricos-bioequivalentes es mandatorio como primera opción, según dispuesto en las políticas médicas vigentes.

(8) Servicios de Custodia

Se cubre el servicio de custodia en el hogar o en una Unidad Especial, a las víctimas de accidente de vehículos de motor que cumplen con los criterios médicos y sociales establecidos en este Reglamento y las políticas médicas aprobadas por la ACAA. No obstante, estarán excluidos de la cubierta de la ACAA los servicios de custodia si los mismos son brindados en un hospital o en una casa de convalecencia. El servicio de custodia es por un periodo transitorio.

El servicio consiste en proveerle asistencia en el desempeño de las actividades del diario vivir, después de un evento médico agudo, y con el propósito de alcanzar, dentro de su condición de salud, el nivel máximo de la función física o mental.

El Director Ejecutivo dispondrá mediante políticas y procedimientos los límites, criterios, requisitos y modalidades para la prestación de los servicios de custodia.

3. Criterios Adicionales para la Determinación de Cubierta

a. Agravación

Se autorizarán servicios médico-hospitalarios por la agravación de condiciones preexistentes cuando se puede comprobar que la condición se agravó o exacerbó como resultado del accidente de vehículo de motor. No hay que determinar la razón de la condición preexistente sino que existe una relación causal entre la agravación y el accidente. Solamente se autorizará tratamiento durante el término que dure la agravación y no por la condición básica antes del accidente.

La agravación, para ser considerada por la ACAA, deberá reportarse dentro de los quince (15) días siguientes al accidente. Cualquier agravación posterior a este término deberá ser evaluada por el Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA para su autorización.

Para determinar si procede la cubierta de condiciones agravadas, se requerirá que el reclamante someta un informe de los médicos que han atendido su condición, de haber sido atendida previamente.

b. Recidiva

No se proveerá tratamiento médico u hospitalización por cuenta de la Administración a una víctima que haya sido dada de alta previamente por las condiciones físicas o mentales causadas por un accidente de vehículo de motor, a menos que se demuestre que ha surgido una recurrencia o complicación de dichas condiciones y la Administración así lo reconozca y autorice el tratamiento u hospitalización, según los procedimientos establecidos. Es al reclamante a quien le corresponde demostrar, mediante un informe médico, que ha sufrido una recurrencia o complicación de la condición médica original ocasionada por el accidente.

c. Condiciones Crónicas

No se autorizarán medicamentos o servicios dirigidos a mitigar condiciones crónicas, a consecuencia o secundarias a la lesión original, excepto en parapléjicos, cuadripléjicos, casos de fracturas múltiples con complicaciones y de trauma severo, que afecten una o más actividades del diario vivir según la necesidad médica del caso, y aprobado por el Comité de Evaluación Médica.

d. Nueva Tecnología

La Administración se mantendrá al tanto de la tecnología médica en uso y adoptará aquella nueva tecnología que entienda necesaria para la recuperación y rehabilitación de las víctimas. El Director Médico, el Comité de Evaluación Médica y/u otros médicos de la Administración analizarán los resultados basados en la evidencia científica y médica existente y en la costo-efectividad de estas nuevas opciones de tratamiento en el manejo clínico, recuperación y rehabilitación de las víctimas.

e. Abandono o Incumplimiento de Tratamiento

Es responsabilidad de la víctima seguir las recomendaciones médicas y completar su tratamiento de manera que reciba el máximo de beneficios durante la etapa aguda de sus lesiones. El incumplimiento o abandono de tratamiento, sin justificación médica o justa causa, podría conllevar la pérdida de los beneficios provistos por la Ley.

C. Programa de Revisión de Utilización

La Administración implantará un Programa para la Revisión y Utilización de los servicios hospitalarios incluyendo las unidades especiales, instituciones psiquiátricas, hospitales agudos, de trauma, de rehabilitación, casas de convalecencia y cualquier otra institución contratada por ACAA, que esté sujeta a auditoría. Estas auditorías podrán ser concurrentes y retrospectivas, según lo establezca la Administración. Los auditores

designados por la Administración tendrán la responsabilidad de evaluar los expedientes clínicos para detectar situaciones que afecten la elegibilidad a la cubierta que la ACAA les ofrece a las víctimas, los servicios de cuidado de salud brindados, los lugares donde se prestan dichos servicios, la eficacia con que se presten los mismos y que cumplan con los requisitos de necesidad médica. Los auditores tendrán la autoridad de determinar los días elegibles para pago y los rechazados. Además, referirán y darán seguimiento al trabajador social de la institución en la cual se encuentra la víctima para lograr la ubicación apropiada de ésta.

D. Limitaciones y Exclusiones a la cubierta médico-hospitalaria

La cubierta médico-hospitalaria de la Administración excluye o limita los siguientes servicios:

1. Tratamiento de condiciones cuando no exista relación causal entre el accidente y las lesiones para las cuales se solicitan servicios médicos.
2. Servicios prestados fuera del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
3. Servicios que no sean médicamente necesarios para el tratamiento del paciente. No estarán cubiertos los gastos médicos y de hospital que no sean aprobados luego de la revisión de necesidad médica por los Auditores Médicos.
4. Tratamiento de cirugía electiva en hospital, a solicitud de la víctima o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.
5. Hospitalización, a solicitud de la víctima o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.
6. Servicios que preste una persona no autorizada por ley a prestar los mismos.
7. Equipo médico y servicios para la comodidad del paciente.
8. No se cubren servicios de custodia en el hospital y casa de convalecencia

9. Cargos por gastos incurridos por familiares inmediatos del paciente.
10. Comidas servidas a domicilio.
11. Servicios médicos prestados por lesiones que fueron provocadas por un acto u omisión por parte de la víctima, realizado con el propósito de ocasionar daño a su propia persona.
12. Servicios médicos prestados a personas que, al momento del accidente, estuvieron participando en competencias de carreras de automóviles o pruebas de velocidad fuera como conductor, pasajero o espectador, o funcionario, o empleados de áreas reservadas para tales actividades.
13. Servicios médicos prestados a personas que, al momento del accidente, estuvieren conduciendo un vehículo de motor sin estar autorizadas legalmente para ello.
14. Servicios médicos prestados por lesiones ocurridas mientras se comete un acto criminal que no sea una violación a las leyes de tránsito.
15. Servicios médicos prestados a personas, que, al momento del accidente, conducían un automóvil en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas.
16. Servicios de salud cubiertos por otros seguros.
17. La ACAA no cubre servicios médicos paliativos. Solo se podrán conceder estos servicios para víctimas de cubierta extendida, sujeto a la aprobación del Comité de Evaluación Médica.
18. La ACAA no cubre servicios médicos de mantenimiento. Solo se podrán conceder estos servicios para víctimas de cubierta extendida, sujeto a la aprobación del Comité de Evaluación Médica.
19. No estarán cubiertas lesiones o condiciones secundarias, por ejemplo, caídas a causa de la lesión o condición original, aquéllas a consecuencia de falta de diligencia o

negligencia del paciente o de las personas que lo tratan o lo cuidan. No se cubrirán reacciones alérgicas no relacionadas a las lesiones o tratamiento por el accidente.

20. Tratamiento para lesiones que alcanzaron el nivel óptimo de rehabilitación conforme a las Políticas y Procedimientos de la ACAA.
21. Servicios médicos para víctimas que el Departamento de Asuntos Médicos determine incurrieron en abandono de tratamiento, según definido en este Reglamento y en las políticas médicas de la ACAA.

Regla 9

COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD

No se concederá compensación por pérdida de ingreso por incapacidad cuando no se reúnan los requisitos básicos siguientes, excepto en el caso particular del ama (o) de casa. Especialmente no se justificará tal compensación, a menos que la evidencia médica demuestre, a juicio de la Administración, que la víctima está impedida en forma total y continua de llevar a cabo su de empleo, ocupación, profesión, negocio propio y otra actividad que produzca ingresos para la cual estuviera capacitada por educación, experiencia o entrenamiento. A tales fines, la Administración podrá requerir de la víctima que se someta a las evaluaciones médicas necesarias.

La Administración podrá negar o suspender el pago de la compensación a cualquier víctima que no se sometiere a tales evaluaciones requeridas o se negare a presentar cualquier otra evidencia que se le solicitare.

A. Requisitos básicos

1. Incapacidad física o mental causada por las lesiones de accidentes de vehículos de motor, sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente, que impida en forma total y continua dedicarse a su empleo, ocupación, o actividad lucrativa para la cual la víctima esté capacitada por educación, experiencia o entrenamiento.

Este es requisito fundamental sin el cual no existe el derecho a la compensación aunque hubiere pérdida de ingreso.

2. Pérdida de ingreso debido a dicha incapacidad; incluyendo ingresos obtenidos de empleo, profesión, o negocio propio, o de cualquier otra actividad, que produzca ingresos a la víctima. Están incluidas las pérdidas de ingreso por concepto de becas u otras ayudas educacionales, y la pérdida de cualquier otro ingreso debido a tal incapacidad.
3. Empleo retribuido, profesión, negocio propio u otra actividad que produzca ingresos a la víctima. La víctima deberá estar ocupando tal empleo, o dedicándose a tal profesión o negocio propio, o realizando cualquier otra actividad que le produzca ingresos a la fecha del accidente o durante cualesquiera seis (6) de los doce (12) meses anteriores.
4. Cuando la víctima que se incapacite fuere un (a) ama (o) de casa la Administración pagará a ésta un beneficio de \$25.00 semanales sujeto a un máximo de dieciséis (16) semanas consecutivas. En tal caso no será necesario demostrar pérdida de ingreso, ni se requerirá que la víctima haya tenido un empleo o haya realizado una actividad lucrativa antes del accidente, siempre que ella quede incapacitada en forma total y continua para continuar desempeñándose como ama (o) de casa. No obstante, la incapacidad siempre tendrá que sobrevenir dentro del término de veinte (20) días.

B. Cómputo y duración de pagos

1. La pérdida de ingresos se determinará a base de los ingresos devengados por la víctima a la fecha del accidente que provinieran de los empleos, profesiones, negocios propios u otras actividades

mencionadas anteriormente, comparados con las que se obtuvieran después del accidente de empleos, profesiones, negocios propios u otras actividades, siempre que, y únicamente cuando, tal pérdida se debiera exclusivamente, a que, a juicio de la Administración, las lesiones del accidente han incapacitado a la víctima en forma total y continua para continuar dedicándose a tal empleo, profesión, negocio propio, u otra actividad lucrativa. La mera pérdida de ingreso no será suficiente para muestra, a satisfacción de la Administración, que dicha pérdida se debió a incapacidad que resultara de las lesiones del accidente.

2. La compensación por pérdida de ingreso por incapacidad podrá pagarse por un periodo máximo de 104 semanas consecutivas, a contar desde el día 16 de la fecha de comienzo de la incapacidad.

C. Criterios para Determinar Pérdida de Ingresos

1. No cualificará para compensación un reclamante si a la fecha de otorgar los pagos éste se ha acogido a los beneficios de pensión de su empleo regular, sea del gobierno o privada.
2. El requisito de sufrir pérdida de ingresos para tener derecho al cobro de compensación semanal por incapacidad total y continua se considerará establecido aunque el reclamante continúe recibiendo su salario regular a base del pago de sus vacaciones regulares acumuladas, considerándose que en tal caso hay una pérdida real de ingresos. Sin embargo, no habrá pérdida de ingresos mientras se continúe recibiendo el salario regular a base de licencia por enfermedad acumulada; en tal caso, la pérdida de ingresos se establecerá únicamente si la víctima hubiese tenido

derecho a liquidar, cobrando en efectivo, la licencia por enfermedad acumulada y no utilizada en algún momento dentro del término de un (1) año a partir de la fecha del accidente, en cuyo caso se contará como acumulado todo el tiempo que la víctima falte a su trabajo con motivo de las lesiones sufridas en el accidente y entonces se determinará la pérdida de ingresos a tenor con lo efectivamente devengado o dejado de devengar.

3. No se pagará la compensación cuando la pérdida de ingreso debido al accidente pueda ser compensada por algún programa gubernamental que compense dichas pérdidas por razón del mismo accidente. No se deducirá lo recibido por concepto de compensación por pérdida de ingresos de otros seguros privados del reclamante.
4. Los bonos navideños u otras gratificaciones se considerarán como ingreso.
5. No cualificará para la compensación la víctima que estuviere recibiendo compensación por desempleo si no estaba desempeñando un empleo retribuido, o realizando una actividad, o dedicándose a una profesión o negocio propio que le produjere ingresos, a la fecha del accidente o durante cualesquiera seis (6) de los doce (12) meses precedentes.
6. Para computar la cantidad de compensación de la víctima, la determinación en cuanto a su ingreso semanal no incluirá ingresos que ésta recibiera por concepto de ayuda gubernamental o compensación por incapacidad del Fondo del Seguro del Estado, el Seguro Social Federal, de la Administración de



Veteranos, o de otras fuentes similares, sino solamente los ingresos obtenidos de un empleo retribuido, de una profesión o negocio propio, o de otra actividad lucrativa.

D. Determinación de Incapacidad

1. Para determinar incapacidad se considerará la edad, sexo y preparación, y el tipo de trabajo que puede realizar la víctima.
2. Si la víctima estuviere ya incapacitada en forma total y permanente a la fecha del accidente, no puede considerarse que resultó incapacitada debido al accidente, y no tendrá, por tanto, derecho a la compensación por pérdida de ingresos por incapacidad, aunque reúna los otros requisitos para dicha compensación.

Si la incapacidad anterior no fuere total y permanente, la víctima podrá tener derecho a dicha compensación si reúne los requisitos indicados, si tal incapacidad hubiere cesado antes que la incapacidad resultante del accidente. En tal caso no se pagará la compensación hasta después de la fecha en que hubiere terminado la incapacidad anterior, según lo revelen las evaluaciones médicas o según lo determine el personal de asesoría médica de la Administración.

3. Los pagos de la compensación por incapacidad por pérdida de ingresos terminarán cuando cese la incapacidad total causada por el accidente y la víctima esté en condiciones físicas y mentales que le permitan reanudar en forma regular un empleo retribuido,

profesión, negocio propio, u otra actividad para la cual esté capacitado por educación, experiencia o entrenamiento.

4. Tendrá derecho a compensación semanal por pérdida de ingresos por incapacidad aquel reclamante que, aunque incapacitado, hiciere el esfuerzo y comenzara a trabajar, siempre que la condición relacionada con el accidente le obligue a desistir de su iniciativa dentro de los primeros noventa (90) días de comenzar a trabajar, si evidenciare que la incapacidad nunca cesó, de acuerdo a los criterios que se establecen en este Reglamento. Mientras más extenso sea el periodo que trabajó, siempre dentro del término de tres (3) meses, más robusta será la prueba que tendrá que presentar para derrotar la presunción de que cesó su incapacidad.

E. Formas de Determinar Ingresos

1. Será responsabilidad de la víctima someter la prueba necesaria para establecer la cantidad, origen y naturaleza de sus ingresos anteriores al accidente. A tales efectos puede someter verificación oficial o récord de empleo, profesión, negocio u otra actividad lucrativa que demuestren dichos ingresos. Entre tales documentos se dará preferencia a la planilla de declaración de ingresos para fines contributivos, récord de nóminas, cheques cancelados, récord del Seguro Social Federal y de otras Agencias gubernamentales. Si se justificare, a satisfacción de la Administración, que no pueden someterse dichos documentos por alguna razón válida, podrán establecerse dichos ingresos por medio de una certificación jurada ante notario de patronos de la víctima, o por otra prueba fehaciente que le merezca entero crédito a la Administración. La declaración

del patrono deberá incluir el número patronal, y deberá estar acompañada de la correspondiente declaración informativa al Seguro Social.

La Administración podrá negarse al pago de la compensación si la víctima no estableciere en forma fidedigna la cuantía, naturaleza y origen de sus ingresos; o podrá conceder pagos de tal compensación a base de los ingresos demostrados por prueba que le merezca credibilidad. Toda declaración del reclamante a esos efectos deberá estar jurada ante Notario Público.

La Administración podrá realizar cualquier investigación que considere justificada para verificar los ingresos que aparecieren de la prueba sometida, y pagará la compensación que aparezca justificada de acuerdo al resultado de tal investigación. No será obligatorio para la Administración aceptar los ingresos que aparezcan de la prueba sometida si la investigación demuestra una realidad distinta a dicha prueba.

Las planillas de declaración de ingresos para fines contributivos certificadas por el Departamento de Hacienda establecerán los ingresos de la víctima para el año contributivo correspondiente.

Si una víctima no hubiere rendido dichas planillas para un año en que alegare haber recibido ingresos de tal cuantía que requieran la radicación de tales planillas, se computará su compensación semanal tomando como base aquellas cantidades reflejadas por el listado de salario mínimo para su ocupación que esté en vigor para la fecha del accidente, a menos que se demostrare lo contrario con prueba que satisficiera a la Administración de su razonabilidad. En tal caso se podrá dar parte al Secretario de



Hacienda sobre tal situación, y se advertirá a la víctima de tal referimiento.

En todo caso, la Administración podrá usar como referencia y podrá determinar los ingresos de la víctima a base del listado de salario mínimo del Estado Libre Asociado para la ocupación de la víctima que esté en vigor para la fecha del accidente, salvo que la víctima demuestre convincentemente que ha tenido un ingreso mayor.

2. Ingresos de Patronos Propios

- a.** Todo caso en que la víctima alegue haber trabajado como patrono propio será minuciosamente investigado para corroborar que ésta realmente trabajaba como tal patrono propio, y copia de su declaración será enviada al Secretario de Hacienda.
- b.** Se le requerirá a todo reclamante que sea su propio patrono que someta a la Administración copia certificada de la planilla de contribución sobre ingresos rendida por el año anterior al accidente. De no someterla dentro de sesenta (60) días de la fecha en que se solicitare, podrá emitirse la decisión correspondiente a base de la prueba obtenida si se determinare que tal hecho es atribuible a negligencia del reclamante. La Administración podrá verificar con el Departamento de Hacienda si la víctima rindió o no dicha planilla, y para ello podrá requerir de la víctima la autorización que fuere necesaria.



- c. Al computar ingreso de los patronos propios a base de las planillas de contribución sobre ingresos, se descontará del ingreso bruto las cantidades razonables necesarias para las compras y los gastos de operación del negocio.

3. Planillas de Declaración de Ingresos

Al computar el ingreso a base de las planillas de contribución sobre ingresos, no se descontarán las deducciones y exenciones provistas por la Ley para el cómputo de dicha contribución, tales como las exenciones personales por estado matrimonial y dependientes, y las deducciones fijas por intereses contribuciones, tablillas de automóvil, etc.; y no se utilizará el ingreso neto tributable para computar la compensación por incapacidad por pérdida de ingresos. Para dicho cómputo se utilizará el ingreso bruto que apareciere en dicha planilla, menos los gastos de operación y de compras de negocios propios.



Regla 16

INSPECCIÓN Y COPIA DE DOCUMENTOS DE LOS EXPEDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN

A. Naturaleza Confidencial de la Investigación

La información obtenida por la Administración o por sus empleados debidamente autorizados en el curso de las investigaciones practicadas en el ejercicio de las facultades concedidas en la Ley serán de carácter privilegiado y confidencial y solo podrá ser divulgada mediante la autorización del Director Ejecutivo o del funcionario en quién él delegare. No se proveerá dicha información a personas que no fueran los propios reclamantes, u otras personas expresamente autorizadas por éstos ni se permitirá su inspección o copia sin dicha autorización. Lo anterior no es aplicable a los reclamantes, quienes siempre tendrán derecho a conocer la prueba considerada con respecto a reclamaciones propias, ni a casos donde medie una orden de un tribunal competente.

B. Solicitud de Información

Toda solicitud de la información indicada en el párrafo anterior o su copia o inspección, deberá indicar específicamente la información o documento deseado, y el fin para el cual ha de utilizarse, y deberá acompañarse de una autorización de las víctimas o reclamantes, o ambos, a quienes se refiera tal información o documento. La Administración podrá negarse a proveer copias de informes de la Policía Estatal, de récords de hospitalización, u otros documentos de los cuales la Administración solamente tenga copia; debiendo solicitarse la copia de dichos documentos de su fuente original.

C. Discreción del Director Ejecutivo

El Director Ejecutivo podrá negarse a divulgar, o permitir la inspección o copia de la información indicada en el primer párrafo de esta Regla si a su juicio la información deseada fuera de tal naturaleza que violara la protección de

confidencialidad en que descansarán los informantes al proveerla a la Administración o resultaren en perjuicio de otras personas, o violaren la confidencialidad entre médico y paciente, o no se solicitare de buena fe para un fin legítimo y necesario, o pudiere utilizarse para establecer reclamaciones contra los informantes u otras personas, y en todo otro caso en que, a su juicio, no se estableciere una necesidad legítima y legal de tal naturaleza que deba prevalecer sobre el carácter privilegiado de dicha información.

D. Notificación de Tribunales

Cuando se entienda que una orden judicial vulnera particularmente el Principio de confidencialidad, se advertirá a los Tribunales, bien directamente o a través de la Oficina Central de la Administración, sobre la confidencialidad de los documentos y expedientes de reclamación de la Administración dispuestos por la Ley y de los requisitos impuestos por estas Reglas, y no se entregarán copias de los récords ni se permitirá su inspección sin la autorización del Director Ejecutivo, o de la persona en quien él delegare, hasta tanto el Tribunal resuelva sobre la objeción presentada.

El mismo procedimiento se utilizará en cuanto a citaciones para prestar deposición en cuanto a dichos récords en casos similares.

En caso de ordenarse por el Tribunal la comparecencia de un empleado o funcionario de la Administración con un expediente de reclamación, se acatará dicha orden, pero deberá advertirse al Tribunal, antes de entregar dicho expediente, sobre la disposición legal y los requisitos reglamentarios mencionados anteriormente. De haber tiempo disponible antes de la fecha de la comparecencia ordenada, se remitirá a la Oficina Central la orden del Tribunal para radicarse la objeción pertinente a dicha orden.

E. Inspección y Copia por Reclamantes y Abogados

Los reclamantes podrán inspeccionar sus expedientes de reclamación, personalmente o a través de sus abogados, y podrán obtener copia de los documentos en dichos expedientes, excepto de comunicaciones internas de la Administración que no constituyan evidencia sobre las reclamaciones, previo el pago de los derechos que se establecen en esta Regla.

F. Derecho a Cobrarse

La Administración podrá cobrar tarifas razonables para suministrar copia de documentos en sus expedientes de reclamación, en los casos en que proceda proveerlas según lo indicado anteriormente. Solamente se entregará copia de documentos específicos, y no del expediente completo, a menos que tal cosa se justifique cabalmente.

Derechos a Cobrarse	
Por copias fotostáticas cada página	.25
Por certificación de expedientes	.50
Por certificación de deuda para la renovación de licencias (Forma ACAA R 700-02)	3.00
Por certificación negativa de Gravamen; (Forma ACAA R 700-01)	3.00
Por Certificación de Beneficios otorgados	3.00
Por búsqueda, por hora (mínimo, media hora)	6.00
Por cumplimiento de citaciones judiciales de comparecencia con el expediente	20.00 por día