

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE CONCILIACION Y ARBITRAJE
P O Box 195540
San Juan PR 00919-5540
Tel. 754-5302 a 5317 Fax 756-1115

**AUTORIDAD DE LOS PUERTOS
(PATRONO O AUTORIDAD)**

Y

**HERMANDAD DE EMPLEADOS DE
OFICINA, COMERCIO Y RAMAS
ANEXAS DE PUERTO RICO
(UNIÓN)**

LAUDO DE ARBITRAJE

CASO NÚM. A-06-2877

**SOBRE: RECLAMACIÓN - PLAN
MÉDICO**

ÁRBITRO: LEIXA VÉLEZ RIVERA

INTRODUCCIÓN

La audiencia del presente caso se celebró en las Oficinas del Negociado de Conciliación y Arbitraje del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos en San Juan, Puerto Rico, el 2 de octubre de 2006. El mismo quedó sometido, para efectos de adjudicación, el 8 de noviembre de 2006, fecha en que venció el término para someter alegatos escritos.

La comparecencia registrada fue la siguiente: POR LA AUTORIDAD DE LOS PUERTOS, en adelante "el Patrono" o la "Autoridad": Sr. Radamés Jordán Ortiz, Jefe de Relaciones Laborales y Portavoz; Lcdo. Francisco L. Acevedo, Asesor Legal ; Sra. Ivonne M. Laborde, Representante del Patrono; y el Sr. Luis R. García, Testigo. POR LA HERMANDAD DE EMPLEADOS DE OFICINA, COMERCIO Y RAMAS ANEXAS, en

adelante “la Unión” o “la HEO”: Lcdo. José E. Carreras, Asesor Legal y Portavoz; Sr. Juan R. Rosa, Presidente de la HEO; y la Sra. Nitza M. García, Testigo.

SUMISIÓN

Toda vez que las partes no lograron acordar el asunto a ser resuelto, ambas presentaron los siguientes proyectos de sumisión:

POR EL PATRONO:

Que la Honorable Árbíto determine si la Autoridad de los Puertos violó o no el Convenio Colectivo en sus Artículos XXXVI Plan Médico y su Artículo XXXVIII Fondo de Bienestar.

POR LA UNIÓN:

Que la Honorable Árbíto determine si la Autoridad violó o no el Convenio Colectivo a tenor con la evidencia desfilada. De determinarlo en la afirmativa que emita el remedio adecuado.

A tenor con la facultad conferida en el Reglamento que rige los servicios de Arbitraje ofrecidos por el Negociado de Conciliación y Arbitraje¹, entendemos que el asunto a resolver es el siguiente:

Determinar a la luz de la prueba y el Convenio Colectivo vigente si la Autoridad violó o no el Convenio Colectivo en los Artículos XXXVI y XXXVIII. De determinar en la afirmativa, emita el remedio adecuado.

¹ Artículo XIV – Sobre la Sumisión

...

b) En la eventualidad de que las partes no logren un acuerdo de sumisión llegada la fecha de la vista, el árbitro requerirá un proyecto de sumisión a cada parte previo al inicio de la misma. El árbitro determinará el (los) asunto(s) preciso(s) a ser resuelto(s) tomando en consideración el convenio colectivo, las contenciones de las partes y la evidencia admitida.

DISPOSICIONES CONTRACTUALES PERTINENTES**ARTÍCULO XXXVI
PLAN MÉDICO**

Sección 1. La Autoridad proveerá un Plan Médico a los empleados individualmente y/o familiar.

Sección 2. La Autoridad conviene en pagar en su totalidad directamente a la institución que administra y/o provea el plan médico y/o el plan dental, los costos de servicio en que incurra el empleado y/o cuota mensual que estuviera en vigor durante la vigencia de este Convenio, individual y/o familiar, según sea el caso, de la institución que ofrezca los servicios por hospitalización de trescientos sesenta y cinco (365) días, sin deducible, servicio médico quirúrgico, sala de emergencia (sin pago máximo), directorio médico y medicinas bioequivalente mandatorias (en aquellos casos que no exista el bioequivalente) el medicamento de marca (sin deducible ambos). Servicios de fisioterapia y terapias respiratorias a 20 por condición por año en hospitalización y 20 por condición por año en servicios ambulatorios en cada una de las situaciones, pruebas de gastroenterología con 30% de deducible, laboratorios y rayos X -ambos sin deducibles, espejuelos para empleados y familia \$125.00 anual, plan dental -fase preventiva y diagnóstica sin deducible, resinas compuestas -20% deducible, cirugías mayores -50% deducible, endodoncia -50% deducible, periodoncia -50% deducible, vacunas de niños que incluya hepatitis B, Mayor Medical (50-150 deducible) con asistencia quirúrgica, tratamiento de droga y alcohol, transplante de órgano y médula ósea hasta \$1,000,000.00 por tipo de transplante por vida por asegurado, Mamoplastia, tratamiento de Ojo Vago. Un examen auditivo por año, aparatos auditivos hasta un máximo de \$250.00 por año de contrato, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla, cubierta de Vasectomía y Esterilización, hijos incapacitados serán cubiertos durante tenencia de empleo del empleado cubierto, hijos universitarios hasta 25 años, cubierta de Sonograma Prostático y Endovaginal, a todos y cada uno de los trabajadores de la Unidad Apropiaada que cualifiquen conforme a las disposiciones de este Convenio y la reglamentación interna de la institución.

ARTÍCULO XXXVIII
FONDO DE BIENESTAR

Sección 1. La Autoridad aportará al Fondo de Bienestar a partir del 1ro de octubre de 2000 y durante la vigencia de este Convenio la suma de \$48.00 (cuarenta y ocho dólares) mensuales el primer y segundo año, \$52.00 (cincuenta y dos dólares) el tercer y cuarto año, \$56.00 (cincuenta y seis dólares) el quinto año, \$59.00 (cincuenta y nueve dólares) el sexto año y \$64.00 (sesenta y cuatro dólares) el séptimo año por cada empleado regular, sustituto o probatorio cubierto por el mismo. El uso del Fondo de Bienestar será administrado por la Hermandad sobre las bases de las disposiciones establecidas en el Reglamento para la administración del Fondo del 1ro de mayo de 1979, el cual podrá ser revisado por el Consejo de Relaciones con el propósito de mejorarlo y armonizarlo con este Convenio, disponiéndose que cualquier disposición del Reglamento antes mencionado contrario a lo convenido por las partes en este Convenio queda por la presente derogada, debiendo dicho Reglamento ajustarse a las disposiciones del presente contrato laboral. La Hermandad y la Autoridad se obligan a cumplir con las responsabilidades que fija dicho Reglamento.

Reglamento para la Administración y Uso del Fondo de Bienestar

“Artículo I Definiciones

Inciso 5: Fondo significa el Fondo de Bienestar a que se refiere el Artículo XXXIII (33) del Convenio Colectivo. [sic]

...

Artículo III Administración y Supervisión del Fondo

Sección 1. El uso del Fondo de Bienestar será administrado por la Hermandad según se dispones en el Artículo XXXIII (33) del Convenio Colectivo. La administración del fondo se hará sobre la base de las disposiciones establecidas en este Reglamento.

...

Artículo VII Programa de Ayuda Especial

La Hermandad instrumentara un programa de ayuda especial a los socios del Fondo en el cual se acreditarán \$192.00 por año al socio. Esta ayuda el socio la podrá utilizar en cualquier momento para gastos de espejuelos, servicios dentales y otros servicios que el plan médico no cubra siempre que presente evidencia del gasto y solo hasta el máximo de balance libre no utilizado que pueda tener acumulado el socio.

Sección 2. Cualquier cantidad que un socio tenga acumulada al presente mediante el programa “**servicios no cubiertos por el plan**” que provee el Fondo de Bienestar bajo el Reglamento anterior se le reconoce al socio y la cantidad mencionada en la sección precedente se le acreditará sobre lo acumulado.

Sección 3. La cantidad que mediante este programa acumule un socio se le hará efectivo automáticamente a cualquier socio que pierda su empleo en forma definitiva en la Autoridad ya sea mediante renuncia u otra causa.

TRASFONDO DE LA QUERELLA

El 16 de marzo de 2006, la Hermandad de Empleados de Oficina, Comercio y Ramas Anexas radicó una querrela ante la Autoridad. En la misma, la Unión alegó que la Compañía violó el Convenio Colectivo en su Artículo XXXVI, Sección 2, supra, específicamente en cuanto a los beneficios de farmacia del Plan Médico, por lo que solicitaban al Jefe de Relaciones Industriales que tomara conocimiento de la situación y la Autoridad reembolsara a los empleados el dinero que éstos habían pagado al adquirir los medicamentos no cubiertos por el Plan Médico.

El 5 de abril de 2006, la Autoridad respondió a la querrela de la Unión alegando que luego de evaluar los hechos que dieron base a la misma, determinaron que no se violó el Convenio Colectivo en el Artículo y Sección de referencia toda vez que la Unión cuenta

con un Fondo de Bienestar en el que actualmente la Autoridad aporta la cantidad de cincuenta y nueve dólares (\$59.00) mensuales por empleado para, entre otras cosas, cubrir eventualidades no cubiertas por el Plan Médico.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El caso de autos requiere que determinemos si la Autoridad violó o no el Convenio Colectivo, específicamente los Artículos XXXVI y XXXVIII del Plan Médico y el Fondo de Bienestar, respectivamente.

La Unión alegó que a la Autoridad le corresponde reembolsarle directamente a los empleados el costo de los medicamentos nuevos que Triple-S aún no cubre por tenerlos en un período de evaluación.

El Patrono, por su parte, expresó que la Autoridad tiene la obligación de pagar en su totalidad directamente a la institución los costos de servicio en que incurre el empleado y que aquellos medicamentos o servicios que la institución Triple-S aún no dispense, la Autoridad los cubrirá a través del Fondo de Bienestar provisto en el Artículo XXXVIII, el cual administra la Unión.

Para sustentar sus alegaciones el Patrono presentó como testigo al Sr. Luis García, perito en la Administración de Planes Médicos. El señor García explicó que la cubierta que paga la Autoridad es mediante el sistema conocido como "Cost Plus", el cual cubre todos los servicios en que incurre cada empleado sin co-pago y que le son facturados a ésta por Triple-S.

En cuanto a las alegaciones de la Unión sobre los medicamentos nuevos o de nueva dispensación, el señor García declaró que no se trataba de negar su cubierta. Insistió en

que, aunque la Autoridad mediante el sistema de “Cost Plus” lo cubre todo, referente a la dispensación de medicamentos nuevos eso es un asunto del protocolo de Triple-S en la administración de su empresa.

De hecho, la guía del asegurado para los empleados de la Autoridad de los Puertos² en su sección de beneficios establece lo que serán las exclusiones en cuanto a la póliza del Plan Médico. Entre las exclusiones establecidas en dicho manual se encuentran las siguientes:

...

10. Servicios que no son medicamentos necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la Federal Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS), el Departamento de Salud, o no están de acuerdo con la política médica establecida por el Technology Evaluation Coverage Manual (TEC) de la Blue Cross and Blue Shield Association para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo la póliza. Una vez incluidos en la cubierta, Triple-S pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio médico se hubiese prestado a través de métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.

Por otro lado, el Fondo de Bienestar fue creado para ayudar a los empleados (socios) de la Autoridad. Entre los beneficios se encuentran gastos de Capacitación y

² Exhibit Núm. 3 Autoridad.

Educación Sindical, Beneficios por Incapacidad y el Programa de Ayuda Especial. Este último programa establece que la Hermandad acreditará ciento noventa y dos (192.00) por año al socio. **Este dinero podrá ser utilizado por el empleado en cualquier momento para gastos de espejuelos, servicios dentales y otros servicios que el Plan Médico no cubra . (Énfasis nuestro).**

En este caso en particular el Convenio Colectivo y el Reglamento para la Administración y Uso del Fondo de Bienestar³ fueron acuerdos negociados entre las partes. De hecho, el Fondo de Bienestar emana del Convenio Colectivo. Como se ha establecido en innumerables ocasiones en la jurisprudencia, los convenios son contratos bilaterales que tienen fuerza de ley entre las partes que los otorgan, por lo que sus cláusulas son válidas y de estricto cumplimiento.⁴

De otra parte, exigirle a la Autoridad que le reembolse directamente a los empleados por los gastos incurridos por medicamentos que aún no están cubiertos bajo la cubierta de farmacia y el sistema de "Cost Plus" que paga la Autoridad por ser estos medicamentos nuevos y estar en período de evaluación, sería imponerle una doble compensación.

Es prerrogativa de Triple-S, como institución aseguradora, establecer la manera en que administrará su empresa y el protocolo que ésta utilizará en cuanto a la aprobación y dispensación de medicamentos nuevos. Estas prerrogativas gerenciales están fuera del alcance y la jurisdicción de la Autoridad.

³ Exhibit Núm. 1 Conjunto, Exhibit Núm. 1 de la Autoridad, respectivamente,

⁴ JRT v. Vigilante, Inc., 125 DPR 581 (1990); JRT v. Muelles de Ponce, 122 DPR 318 (1988).

La Autoridad actualmente le paga directamente a Triple-S los costos de servicios en los que incurren los empleados, además, aporta la cantidad de cincuenta y nueve (\$59.00) por socio al Fondo de Bienestar. De hecho, del testimonio del señor García se desprende que la Autoridad paga alrededor de \$12 millones en Plan Médico, cuyo costo por empleado gira alrededor de los \$600.00 mensuales. Esta aportación de la Autoridad al Fondo de Bienestar es precisamente para ser utilizada por los socios en los casos en que el Plan Médico no cubra algún servicio, como establecimos anteriormente.

En el caso ante nuestra consideración, la Autoridad de los Puertos no se ha negado a cumplir con su responsabilidad haciendo el pago correspondiente al Plan Médico y las aportaciones acordadas en el Convenio Colectivo al Fondo de Bienestar. Por tanto, entendemos que la Autoridad de los Puertos no ha violado el Convenio Colectivo vigente entre las partes. Le corresponde a la Unión cubrir a través del Fondo de Bienestar los gastos de medicamentos no cubiertos por el Plan en los que han incurrido los empelados.

Por los fundamentos consignados en el análisis que antecede, emitimos el siguiente:

L A U D O

Determinamos que la Autoridad de los Puertos no violó el Convenio Colectivo en los Artículos XXXVI-Plan Médico y XXXVIII-Fondo de Bienestar. Se declara sin lugar la reclamación de la Unión.

DADO EN SAN JUAN, PUERTO RICO, a 7 de junio de 2007.

LEIXA VÉLEZ RIVERA
ÁRBITRO

/cdo

CERTIFICACIÓN: Archivado en autos hoy 7 de junio de 2007 y remitido copia por correo a las siguientes personas:

SR. RADAMÉS JORDÁN ORTIZ
JEFE DE RELACIONES INDUSTRIALES
AUTORIDAD DE LOS PUERTOS
PO BOX 363839
SAN JUAN PR 00936-2829

LCDO. FRANCISCO ACEVEDO
PO BOX 9023905
SAN JUAN PR 00902-3905

SR. JUAN R. ROSA LEÓN
PRESIDENTE
HERMANDAD DE EMPLEADOS DE OFICINA,
COMERCIO Y RAMAS ANEXAS
PO BOX 8599
SAN JUAN PR 00910-0599

LCDO. JOSÉ E. CARRERAS
EDIF. MIDTOWN OFIC. 207
420 AVE PONCE DE LEÓN
SAN JUAN PR 00918

CARMIN OTERO
SECRETARIA