

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN-CAGUAS  
PANEL II

MARITZA DE LA CRUZ PÉREZ  Apelante  v.  BRENDALIZ CABRERA ORTIZ, ET AL.  Apelados	KLAN201601355	Apelación procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan  Caso Núm.: KDP2011-0867 (801)  Sobre: Daños y perjuicios
---	---------------	---

Panel integrado por su presidenta, la Juez Fraticelli Torres, el Juez Hernández Sánchez y el Juez Ramos Torres.

Fraticelli Torres, Jueza Ponente

**SENTENCIA**

En San Juan, Puerto Rico a 19 de mayo de 2017.

La apelante Maritza de la Cruz Pérez nos solicita que revoquemos la sentencia emitida el 15 de julio de 2016 por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan. Mediante el aludido dictamen el foro sentenciador declaró no ha lugar la demanda de daños y perjuicios que la señora De La Cruz instó contra la doctora Brendaliz Cabrera Ortiz, tras determinar que esta última no había incurrido en la impericia profesional imputada.<sup>1</sup> Además, el tribunal apelado le impuso a la demandante el pago de \$3,000.00 en concepto de honorarios de abogados por temeridad.

Luego de considerar los argumentos de la apelante, examinar los documentos que obran en el expediente apelativo, estudiar cuidadosamente la transcripción de la prueba oral estipulada por las partes, y con el beneficio de la comparecencia de la doctora Cabrera Ortiz, resolvemos modificar la sentencia apelada y, así modificada, confirmarla.

---

<sup>1</sup> Ap. de la apelación (en adelante, Ap.), pág. 103.

Veamos un resumen del trasfondo fáctico y procesal del caso que sirve de fundamento a esta decisión.

I.

El 21 de julio de 2011 la señora Maritza de la Cruz Pérez presentó una demanda de daños y perjuicios contra la doctora Brendaliz Cabrera Ortiz ante el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan. Alegó que el 22 de julio de 2010 la doctora Cabrera Ortiz le realizó una histerectomía total, como tratamiento recomendado para los males de sangramiento uterino anormal y dolor pélvico crónico que padecía. Sostuvo que, durante los meses que siguieron a la intervención quirúrgica, sufrió de incontinencia urinaria y fuertes dolores pélvicos que requirieron varias visitas a la doctora Cabrera Ortiz, a otros médicos e, incluso, a la sala de emergencias del Hospital Auxilio Mutuo. Finalmente, un doctor en la República Dominicana le diagnosticó una fístula vésico-vaginal que, a su juicio, fue “causada por la histerectomía” realizada por la doctora Cabrera Ortiz, la que solo podría ser reparada mediante otra cirugía, con la salvedad de que era posible que su problema no se pudiera corregir totalmente.

A la luz de lo anterior, la apelante le imputó a la doctora Cabrera Ortiz mala práctica profesional al interverirla quirúrgicamente sin haberle explicado “los riesgos, naturaleza y alternativas de tratamiento”. Alegó que la doctora “no le explicó en qué consistía la operación, no le explicó sobre su padecimiento y tampoco discutieron ningún método alternativo de tratamiento, ni los riesgos y consecuencias”. Según ella, ninguno de los diagnósticos usados por la doctora justificaba la histerectomía total, “según las normas vigentes de la profesión de la ginecología”. Además, le atribuyó a la doctora Cabrera Ortiz haber causado la fístula vésico-vaginal que le provocó la pérdida constante e involuntaria de orina a través de la vagina, lo que, a su entender, constituyó un desvío del estándar de cuidado aplicable y de las normas generalmente aceptadas en la comunidad médica.

Consecuentemente, la apelante le solicitó al tribunal *a quo* la indemnización de sus daños físicos y angustias mentales. Además, solicitó una partida de daños especiales porque, debido a la condición física desarrollada a causa de la operación, “no ha podido emplearse para poder sostenerse económicamente y sufragar sus gastos”.<sup>2</sup>

Oportunamente, la doctora Cabrera Ortiz contestó la demanda y negó la negligencia imputada. Sostuvo, por el contrario, que este tipo de intervención era recomendada en el caso de la apelante y aseguró haberla orientado adecuadamente sobre los riesgos de la operación. Expresó haber cumplido con el estándar requerido conforme a los modernos medios de comunicación y de la ciencia en el manejo del caso de la paciente. Negó que existiera una relación causal entre cualquier acción suya y los daños sufridos por la paciente.<sup>3</sup>

Durante los trámites que precedieron a la celebración del juicio en su fondo, el Tribunal de Primera Instancia le anotó la rebeldía a la doctora Cabrera Ortiz por su reiterado incumplimiento de las órdenes del tribunal respecto a la notificación del informe de su perito. Sin embargo, las anotaciones de rebeldía fueron levantadas posteriormente, previa imposición de sendas sanciones económicas de \$1,000 y \$1,500, respectivamente.<sup>4</sup>

De la sentencia apelada se desprende que las partes estipularon los siguientes hechos:

1. La [apelante] Maritza De La Cruz Pérez fue paciente de la Dra. Brendaliz Cabrera Ortiz por aproximadamente seis (6) años.
2. Los servicios médicos de la Dra. Cabrera a la Sra. Martiza De La Cruz comenzaron en el San Juan Medical Associates, P.S.C. y continuaron en su consultorio en Femme Ob Gyn.
3. El 22 de julio de 2010, la Dra. Brendaliz Cabrera Ortiz le practicó una operación de histerectomía total abdominal a la Sra. Maritza De La Cruz para la remoción del útero mediante cirugía por la vía abdominal en el Hospital Auxilio Mutuo.

---

<sup>2</sup> Ap., págs. 1-14.

<sup>3</sup> Ap., págs. 50-55.

<sup>4</sup> Ap., págs. 56-72.

4. Para el 22 de julio de 2010, la Dra. Brendaliz Cabrera Ortiz gozaba de privilegios para realizar operaciones en el Hospital Auxilio Mutuo.
5. El diagnóstico preoperatorio de la Dra. Cabrera para la cirugía practicada a la Sra. Martiza De La Cruz fue sangramiento uterino anormal y dolor pélvico crónico.
6. Para mayo de 2011, la Sra. Martiza De La Cruz visitó el consultorio del Dr. Manuel Bencosme Ureña en la República Dominicana, quien le ordenó realizarse un sonograma abdominal; un sonograma pélvico con y sin la vejiga llena para determinar si estaba reteniendo líquidos; también le ordenó una prueba de incontinencia y una uretrrocistoscopia.
7. En mayo de 2011, se le diagnosticó a la Sra. Maritza De La Cruz una fístula vésico-vaginal.
8. Mediante un estudio de cistograma con contraste en junio de 2011, el Dr. Jorge Crespo, urólogo, se diagnosticó que la Sra. Maritza De La Cruz tenía una fístula vésico-vaginal.
9. En agosto de 2011, el Dr. Emanuel Bencosme Ureña le realizó una intervención quirúrgica a la Sra. Maritza De La Cruz para la reparación de la fístula vésico-vaginal.<sup>5</sup>

El tribunal celebró el juicio los días 6 a 8 de julio de 2016. La apelante presentó su testimonio, el de su esposo Luis Antonio Fernández Díaz y el de su perito, doctor José Juan Gorrín Peralta. Por la otra parte, la apelada ofreció su testimonio, el de la doctora Marybel González Badillo y el testimonio pericial del doctor José Gratacós Díaz.

Luego de recibir y aquilatar toda la prueba testimonial y documental sometida, el foro apelado dictó la sentencia objeto de este recurso, mediante la que denegó los remedios solicitados por la apelante. No obstante, decretó, sin más, que “[s]e fija a la demandante \$3,000.00 de honorarios por temeridad, más las costas”.<sup>6</sup>

Luego de una infructuosa solicitud de reconsideración, la apelante acudió ante nos. Le imputa al Tribunal de Primera Instancia los siguientes errores: (1) no imponer responsabilidad a la apelada por impericia médica profesional al recomendar y realizarle a la apelante una histerectomía total;<sup>7</sup> (2) no imponer responsabilidad a la apelada bajo la doctrina de

---

<sup>5</sup> Ap., págs. 79-80.

<sup>6</sup> Ap., pág. 104.

<sup>7</sup> Inferimos que la apelante cometió un error tipográfico en la formulación del primer señalamiento de error, porque a pesar de que es idénticamente igual al segundo señalamiento de error en su texto, la discusión de ambos errores varía

ausencia de consentimiento informado, conclusión contraria a la prueba documental estipulada, al testimonio incontrovertido por los testigos de las partes y a las normas jurisprudenciales; (3) abusar de su discreción y actuar con pasión, prejuicio, parcialidad y error manifiesto en la manera en que se condujeron los procesos, en la apreciación de la prueba y en la emisión de la sentencia en violación al debido proceso de ley; (4) no enmendar, eliminar e incluir determinaciones de hechos conforme a su prueba testifical, documental y pericial, y/o error en su apreciación; (5) emitir e incluir determinaciones de hechos conforme a prueba testifical que fue objetada y no permitida; y, (6) imponer una cuantía exagerada e improcedente en honorarios por temeridad.

Concedido un término, la doctora Cabrera Ortiz presentó su alegato en oposición. En síntesis, la doctora nos solicita confirmar la sentencia apelada, en atención a que la apelante no pudo demostrar durante el juicio que ella se hubiera apartado del estándar de tratamiento de la medicina en el área de la ginecología. Además, entre otras cosas, nos plantea que el desarrollo de la fístula es una complicación inherente a un procedimiento quirúrgico que no implica impericia médica.

Posteriormente, las partes presentaron la transcripción de la prueba oral estipulada y sus correspondientes alegatos suplementarios.

Sometido así el recurso, atenderemos, como cuestión de umbral, si hubo una violación al debido proceso de ley en el modo en que se condujeron los procedimientos en este caso, como se plantea en el tercer señalamiento de error (II). Luego, analizaremos si hubo error en la apreciación de la prueba de parte del tribunal sentenciador al determinar que no hubo mala práctica profesional al recomendar y practicarle a la apelante la histerectomía total y al determinar que la apelante emitió un consentimiento informado al someterse a la operación (III). Así dispondremos del primer, segundo, cuarto y quinto señalamientos de error. Por último, analizaremos si erró el tribunal al imponerle “una cuantía

---

significativamente. Hemos formulado aquí el error que inferimos quiso en realidad plantear la apelante, a base de la discusión que expuso en su recurso.

exagerada” a la apelante en concepto de honorarios de abogado por temeridad (IV), según se plantea en el sexto señalamiento de error.

II.

En su tercer señalamiento de error, la apelante señala que incidió el juzgador de los hechos “al abusar de su discreción, actuar con perjuicio, parcialidad y error manifiesto en la manera en que se condujeron los procesos, en la apreciación de la prueba y en la emisión de la sentencia en violación al debido proceso de ley”.<sup>8</sup> Se refiere la apelante a una serie de errores “procesales” que ha identificado como cuatro asuntos distintos: (1) levantarle la rebeldía a la doctora Cabrera Ortiz en cuatro ocasiones “sin justificación alguna”; (2) permitirle presentar prueba pericial, a pesar de sus reiterados incumplimientos con las órdenes del tribunal; (3) al hacerle preguntas a los testigos en las cuales se traían argumentos nuevos; y (4) no tomar en consideración ciertos documentos que formaban parte del expediente.

- A -

La Regla 45 de Procedimiento Civil de 2009 regula lo relacionado a la rebeldía de una parte. 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 45. Específicamente la Regla 45.1 de ese cuerpo de reglas dispone las circunstancias en que puede anotarse la rebeldía y las consecuencias derivadas de ella:

Cuando una parte contra la cual se solicite una sentencia que concede un remedio afirmativo haya dejado de presentar alegaciones o de defenderse en otra forma según se dispone en estas reglas, y este hecho se pruebe mediante una declaración jurada o de otro modo, el Secretario o Secretaria anotará su rebeldía.

El tribunal a iniciativa propia o a moción de parte, podrá anotar la rebeldía a cualquier parte conforme a la Regla 34.3(b)(3).

Dicha anotación tendrá el efecto de que se den por admitidas las aseveraciones de las alegaciones afirmativas, sujeto a lo dispuesto en la Regla 45.2(b).

La omisión de anotar la rebeldía no afectará la validez de una sentencia dictada en rebeldía.

32 L.P.R.A. Ap. V, R. 45.1.

---

<sup>8</sup> Escrito de apelación, pág. 5.

Como surge de este texto, la anotación de rebeldía es un remedio que opera para dos tipos de situaciones. La primera, cuando el demandado no comparece a contestar la demanda o a defenderse en cualquier otra forma prescrita por ley. La segunda, para situaciones en las que una de las partes en el pleito ha incumplido con alguna orden o mandato del tribunal, lo que motiva que se le imponga la rebeldía como sanción.

El propósito del primer párrafo de la Regla 45 de Procedimiento Civil no es conferir una ventaja a los demandantes que les permita obtener una sentencia sin una vista en los méritos; es una norma procesal pensada en beneficio de una buena administración de la función adjudicativa. *J.R.T. v. Missy Mfg. Corp.*, 99 D.P.R. 805, 811 (1971). De hecho, este tipo de sanción se cimienta en la obligación de los tribunales de evitar que la adjudicación de las causas se paralice porque una parte opte por detener el proceso de litigación con su falta de diligencia o por su displicencia en la tramitación de los asuntos que le afectan. *Continental Ins. Co. v. Isleta Marina*, 106 D.P.R. 809, 815 (1978).

Por lo dicho, la anotación de rebeldía constituye un disuasivo para las partes que recurren a la dilación de los procedimientos judiciales como un elemento de su estrategia de litigación. Así, “opera como un remedio coercitivo contra una parte adversaria la cual, habiéndosele concedido la oportunidad de refutar la reclamación, por su pasividad o temeridad opta por no defenderse”. *Álamo v. Supermercado Grande, Inc.*, 158 D.P.R. 93, 100-101 (2002); *Ocasio v. Kelly Servs., Inc.*, 163 D.P.R. 653, 670 (2005); José A. Cuevas Segarra, II *Tratado de Derecho Procesal Civil* 750 (Pub. J.T.S. 2000).

A su vez, la Regla 45.3 de Procedimiento Civil de 2009, 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 45.3, dispone que “[e]l tribunal podrá dejar sin efecto una anotación de rebeldía por causa justificada, y cuando se haya dictado sentencia en rebeldía, podrá asimismo dejarla sin efecto de acuerdo con

la Regla 49.2".<sup>9</sup> La parte perdidosa puede presentar la moción para que se deje sin efecto la anotación o la sentencia dictada en rebeldía aún fuera del plazo reservado para la moción de reconsideración, si lo que se quiere es que se elimine la anotación y se reabra el caso para verlo en sus méritos, no corregir los errores de derecho de la resolución o del dictamen en rebeldía.

Es decir, cae bajo la sana discreción del tribunal que preside el caso levantar la anotación de rebeldía como sanción o denegar su levantamiento. En este caso, la rebeldía le fue anotada a la doctora Cabrera Ortiz en más de una ocasión por su incumplimiento con las órdenes del tribunal, sin embargo, el foro apelado hizo cumplir su autoridad y la doctora Cabrera Ortiz finalmente presentó su informe pericial, no sin antes satisfacer sendas sanciones económicas que el tribunal le impuso. Luego, se celebró el juicio y, a base de la prueba allí admitida y aquilatada, se dictó la sentencia apelada.

En este caso no se han articulado fundamentos válidos que puedan llevar a este foro apelativo a sustituir su criterio por el del foro sentenciador respecto al relevo de la anotación de rebeldía que este último le impuso a una parte como sanción. Sobre todo, ante el hecho incontrovertido de que la apelante finalmente satisfizo las sanciones económicas que se le impusieron por su incumplimiento y entregó el informe pericial que generó esas medidas. Este desenlace es cónsono con la política pública que favorece la celebración del juicio en todo proceso adversativo, para garantizar que las partes litigantes tengan su día en corte.

Ante la ausencia de criterios que demuestren abuso de discreción, prejuicio, pasión o parcialidad del foro apelado al tomar esa determinación interlocutoria, resolvemos que no se justifica nuestra intervención con la discreción ejercida por el tribunal en el manejo de su sala o la agilización de los procedimientos en el caso de autos.

---

<sup>9</sup> El texto de la Regla 45.3 de Procedimiento Civil de 2009, 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 45.3, permaneció inalterado.



- B -

Por otro lado, la apelante ha traído a nuestra atención unos cuestionamientos sobre la intervención “indebida” del tribunal en el interrogatorio a los testigos. Específicamente, aseveró que el tribunal “hizo un examen de los testigos con preguntas que no iban dirigidas a aclarar dudas o el récord inclusive, sugiriendo respuestas en contravención de la Regla 607 de Evidencia”.<sup>10</sup> No quedó claro en el escrito de apelación en qué consistieron las supuestas intervenciones indebidas del tribunal ni a cuáles testigos se refiere la apelante. No hizo referencia específica a las páginas de la transcripción de la prueba oral que interesaba que este tribunal revisara. Es decir, este error no fue discutido.

Es doctrina reiterada que los foros apelativos no considerarán un señalamiento de error no discutido por el apelante en su alegato. Véase *Pueblo v. Rivera*, 75 D.P.R. 425, 431 (1953). La mera alegación de error, que luego no se fundamenta o discute, no debe ser motivo para revisar, modificar o, de alguna manera, cambiar la decisión de un tribunal. *Quiñones López v. Manzano*, 141 D.P.R. 139, 165 (1996). Realmente se trata de un error levantado pero no discutido, por lo que se entiende renunciado. *Pueblo v. Dieppa Beauchamp*, 115 D.P.R. 248 (1984).

En fin, nuestro sistema judicial es adversativo y rogado. El derecho apelativo no es automático, requiere de un mínimo de diligencia y perfeccionamiento. “Los hechos determinan el derecho y para juzgar hay que conocer.” *Andino v. Topeka, Inc.*, 142 D.P.R. 933, 938 (1997). A tal efecto, en la medida en que la petición del epígrafe no cumpla enteramente con la obligación de informar a este foro intermedio, en forma adecuada y suficiente, respecto a los méritos de su causa, nos priva del ejercicio de nuestra facultad revisora, máxime cuando se presume que el foro de instancia actúa con imparcialidad, certeza y corrección. Por ello, quien ataca una decisión judicial viene en la

---

<sup>10</sup> Escrito de apelación, págs. 24-25.

obligación de demostrar que el foro recurrido incidió sobre el asunto señalado. *Pueblo v. López Guzmán*, 131 D.P.R. 867, 898 (1992). Las meras alegaciones, así como las conjeturas, no son suficientes para instar y sostener un proceso ante un foro apelativo. *Asoc. Auténtica Empl. v. Municipio de Bayamón*, 111 D.P.R. 527, 531 (1981).

En fin, las escuetas declaraciones hechas por la apelante en la exposición de su tercer señalamiento de error no son suficientes en derecho para ejercer nuestra jurisdicción apelativa, por lo que es forzoso concluir que no se cometió el error señalado. No podemos especular sobre el contenido y los fundamentos de ese señalamiento. Por ello, concluimos que la apelante abandonó su alegación.

Los asuntos planteados en los demás señalamientos de error, relativos a la apreciación de la prueba y las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho, serán atendidos conjuntamente en el siguiente apartado.

### III.

En los señalamientos de error enumerados como primero, segundo, cuarto y quinto, la apelante ha cuestionado la apreciación de la prueba de parte del tribunal *a quo* al concluir que (1) no hubo mala práctica profesional al recomendar y realizarle la histerectomía total como tratamiento para su dolor pélvico crónico y sangramiento uterino anormal; y que (2) tampoco hubo falta de consentimiento informado. Estos errores van a los méritos de la sentencia y por estar estrechamente relacionados entre sí, los discutiremos en conjunto.

Como asunto de primer orden, debemos tener en cuenta qué es lo que se revisa y cuáles son las normas que rigen esa revisión. Revisamos una sentencia emitida por el Tribunal de Primera Instancia, luego de haber celebrado un juicio en su fondo. Veamos primero cuál es el estándar de revisión aplicable a este recurso.

- A -

De ordinario, los foros apelativos no intervendrán con la

apreciación de la prueba oral, el crédito adjudicado a los testigos ni las determinaciones de hechos del foro sentenciador, salvo que este haya incurrido en error manifiesto o pasión, prejuicio o parcialidad hacia una parte. Regla 42.2 de las de Procedimiento Civil, 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 42.2; *McConell v. Palau*, 161 D.P.R. 734, 750 (2004); *Lugo v. Mun. de Guayama*, 163 D.P.R. 208, 221 (2004). Tal principio está cimentado en que las decisiones del foro de primera instancia están revestidas de una presunción de corrección y regularidad que merece nuestra deferencia. Después de todo, es el foro juzgador el que está, “en mejor posición para evaluar la prueba desfilada, pues [tiene] la oportunidad de ver y oír a los testigos declarar”. *Meléndez Rivera v. Asociación Hospital del Maestro*, 156 D.P.R. 828, 864 (2002).<sup>11</sup>

No obstante, esta deferencia no es absoluta y “una apreciación errónea de la prueba no tiene credenciales de inmunidad frente a la función revisora de este Tribunal”. *Méndez v. Morales*, 142 D.P.R. 26, 36 (1996). Por tal razón, aunque alguna prueba sostenga las determinaciones de hechos del Tribunal de Primera Instancia, “si de un análisis de la totalidad de las circunstancias el tribunal revisor queda convencido que el Tribunal de Primera Instancia cometió un error en la apreciación de la prueba, como cuando las conclusiones están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la evidencia recibida, se concluirá que las determinaciones de hechos son claramente erróneas”. *Id.*; *Abudo Servera v. A.T.P.R.*, 105 D.P.R. 728, 731 (1977).

Claro, las conclusiones de derecho son enteramente revisables ya que los foros apelativos estamos en idéntica posición que el Tribunal de Primera Instancia al evaluar las leyes y hacer las interpretaciones jurídicas correspondientes. Además, en cuanto a la prueba documental y pericial, este tribunal intermedio puede pasar juicio independiente sobre

---

<sup>11</sup> Véase también a *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 D.P.R. 717, 741 (2007); *López v. Dr. Cañizares*, 163 D.P.R. 119, 136 (2004); *Pueblo v. Rivera Nazario*, 141 D.P.R. 865, 874 (1996); *Pueblo v. Maisonave Rodríguez*, 129 D.P.R. 49, 63 (1991).

ella. *Díaz García v. Aponte*, 125 D.P.R. 1, 13 (1989).

Por otro lado, no olvidemos que, de ordinario, el *quantum* requerido para que una parte prevalezca en un caso civil es el de preponderancia de la prueba, medida probatoria que está basada en criterios de probabilidad. *Colón y otros v. Kmart y otros*, 154 D.P.R. 510, 519 (2001); *Blas Toledo v. Hospital Nuestra Señora de la Guadalupe*, 146 D.P.R. 267, 322 (1998). No obstante, en algunas causas de acción el balance probatorio puede estar sujeto al efecto de una presunción de hecho o de derecho rebatible, lo que provoca que se imponga al demandado una participación más agresiva en la defensa de sus intereses y posturas.

- B -

Por otro lado, para ejercer prudentemente nuestra función revisora, debemos atender cuáles son los elementos de la causa de acción que debió probar la apelante para prevalecer en su demanda.

El Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, 31 L.P.R.A. sec. 5141, dispone que una persona incurre en responsabilidad por daños y perjuicios cuando el perjudicado demuestra, mediante preponderancia de la prueba, (1) que ha habido una acción u omisión de parte de la persona demandada; (2) que ha mediado negligencia en esa conducta; y (3) que existe un nexo causal entre la acción u omisión de la parte demandada y el daño sufrido por el perjudicado. *García Gómez v. E.L.A. et al.*, 163 D.P.R. 800, 809 (2005); *Toro Aponte v. E.L.A.*, 142 D.P.R. 464, 473 (1997); *Vélez Rodríguez v. Amaro Cora*, 138 D.P.R. 182, 189 (1995).

En casos de responsabilidad profesional por impericia médica, corresponde al demandante probar, mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento ofrecido por el demandado fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño, más el vínculo causal que requiere el Artículo 1802. *Cruz v. Centro Médico de Puerto Rico*, 113 D.P.R. 719, 744 (1973).

El Tribunal Supremo ha expresado que existe una presunción a favor del médico de que este utilizó y administró el tratamiento adecuado

a su paciente. Por tanto, es el demandante quien debe establecer mediante prueba pericial cuáles son los requisitos de cuidado y reconocimiento científico requeridos por la profesión en el tratamiento de determinado tipo de pacientes, así como las normas de consentimiento informado y la razón por la cual el médico demandado no cumplió con ellas. *Rivera v. Dunscombe*, 73 D.P.R. 819, 838 (1952); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R. 639, 650–651 (1988).

El hecho de que un paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya tenido éxito no crea una presunción de negligencia por parte del médico. Por tanto, no es posible, para rebatir la aludida presunción, que el demandante descansa en una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento del médico de su obligación profesional. *Ramos Robles v. García Vicario*, 134 D.P.R. 969, 976 (1993). De esta manera se evita que la relación de causalidad se establezca a base de una mera especulación o conjetura. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 650.

La norma sentada sobre este particular se resume en estas palabras: “Una vez desfilada la prueba, si la evidencia señala la existencia de múltiples causas, no puede imponérsele responsabilidad al médico a menos que del conjunto de la evidencia surja que con mayor probabilidad la actuación negligente fue la causa del daño”. *Ramos Robles v. García Vicario*, 134 D.P.R., en la pág. 976.

A base de lo dicho, en síntesis, para establecer *prima facie* un caso de daños y perjuicios por impericia médica, el demandante tiene que presentar prueba sobre los siguientes elementos: (1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; y (2) la relación causal entre la actuación u omisión del galeno y la lesión sufrida por el paciente. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 650.

- C -

El consentimiento del paciente es un elemento indispensable para

llevar a cabo un procedimiento médico quirúrgico, tratamiento o procedimiento médico que resulte invasivo al cuerpo humano, salvo las situaciones excepcionales de emergencia y perjuicio al estado psicológico de aprehensión del paciente. Para que se entienda cumplido ese criterio esencial en casos de impericia médica, además de obtenerse el consentimiento expreso del paciente, es necesario que ese consentimiento sea informado. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 664; *Rojas v. Maldonado*, 68 D.P.R. 818, 827 (1948).

El fundamento jurídico de tal exigencia es que todas las personas tienen el derecho constitucional a decidir libremente sobre su cuerpo. Como corolario de tal derecho, los tribunales han resuelto en reiteradas ocasiones que los doctores tienen la obligación de obtener el consentimiento informado de sus pacientes previo a emplear cualquier tratamiento o intervención quirúrgica. El término consentimiento informado impone a los galenos el deber de ofrecer a sus pacientes toda la información que sea indispensable para comprender la naturaleza de cierto procedimiento, lo que debe incluir datos sobre los beneficios, los riesgos y las posibles complicaciones. *Martínez Marrero v. González Droz*, 180 D.P.R. 579, 593 (2011).

Generalmente, sobre este tema, la controversia se centra sobre cuánta información el médico debe darle al paciente para que el consentimiento que este preste no esté viciado o sea suficiente para hacer una decisión inteligente. La jurisprudencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reiterado que el médico deberá divulgar tanto los riesgos razonablemente previsibles, como los beneficios del tratamiento o procedimiento invasivo. También deberá informar sobre alternativas disponibles y sobre los riesgos probables en caso de que el paciente opte por no tratarse la condición. Así lo reiteró la alta curia en *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en las págs. 663-664. En esa opinión el alto foro pautó como norma simple y clara la siguiente:

La doctrina del consentimiento informado impone al médico el deber de informar al paciente acerca de la naturaleza y riesgos de

un tratamiento médico propuesto de manera que el paciente se encuentre en la posición de hacer una decisión inteligente e informada.

*Id.*, 121 D.P.R., en la pág. 664.

Posteriormente la jurisprudencia patria repasó algunas tendencias modernas sobre el tema en el derecho estadounidense, entre las que destacan las conocidas como estándar del “profesional de la medicina”<sup>12</sup> frente al estándar del “paciente razonable”.<sup>13</sup> Luego de reevaluar esas tendencias, *en armonía con las normas y principios de derecho civil que gobiernan la materia de la responsabilidad civil en Puerto Rico*, el Tribunal

<sup>12</sup> Esta tendencia se describe así en *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R. 735 (1994), en la pág. 743:

La tendencia mayoritaria es darle a este deber el alcance que determina la práctica prevaleciente en la comunidad médica. Al adoptar este criterio, algunos tribunales han sostenido que una vez el actor prueba que el médico falló en informarle de los riesgos inherentes a un procedimiento, el peso de la prueba recae sobre éste, quien deberá probar que esa omisión está avalada por la práctica prevaleciente de la medicina. *Blades v. DaFoe*, 666 P.2d 1126 (Colo. App. 1983), 704 P.2d 317 (1985). Estas jurisdicciones requieren generalmente que el demandante ofrezca testimonio pericial para establecer que: (1) un profesional médico razonable, siguiendo criterios prevalecientes en la práctica de la profesión y situado en unas circunstancias similares, hubiera divulgado la información, y (2) que el demandado no cumplió ese criterio profesional prevaleciente. *Fuller v. Starnes*, 597 S.W.2d 88 (1980).

<sup>13</sup> En *Sepúlveda v. Barreto*, en las págs. 744-746, se explican los contornos de esta tendencia minoritaria del modo siguiente:

Por otro lado, la tendencia minoritaria utiliza la figura del “paciente razonable”, criterio originado en *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (Cir. D.C. 1972). [...] En *Canterbury v. Spence*, supra, se rechazó la idea de que el deber de informar está determinado o delimitado por la práctica prevaleciente en la profesión médica. Allí se impuso la obligación de informar todo riesgo material, definido éste como todo aquel riesgo al que una persona razonable, colocada en el lugar del paciente, daría importancia al momento de decidir si consiente a la terapia o al procedimiento propuesto.

Dicho tribunal razonó que posiblemente en algunos casos la práctica prevaleciente de la profesión no habría formado un criterio discernible del ámbito del deber de informar. Además, atribuir a la profesión médica la determinación de qué información debe divulgarse, podría ir en detrimento del derecho de autodeterminación de los pacientes. A [c]ontrario sensu, [la aplicación de la doctrina] de “paciente razonable” evitaría el temor al prejuicio profesional en favor de la no divulgación motivada por consideraciones ajenas a los intereses terapéuticos del paciente. T.J. Schneyer, *Informed Consent and the Danger of Bias in the Formation of Medical Disclosure Practices*, 1976 (Núm. 1) Wis. L.Rev. 124 (1976).

El efecto del criterio fundamentado en el “paciente razonable” es que la determinación del ámbito preciso del deber de informar se convierte en una cuestión de adjudicación fáctica no pericial. No obstante, el testimonio pericial sigue siendo necesario en las jurisdicciones que han adoptado *Canterbury v. Spence*, supra. Aunque bajo este criterio no es preciso presentar a los peritos médicos para probar cuáles riesgos son materiales, lo será para establecer que la materia no divulgada era un riesgo, efecto, alternativa u otro aspecto inherente al procedimiento en cuestión, así como la prognosis si el paciente quedaba sin tratamiento. También es necesario el testimonio de un perito para establecer si un médico razonable, conforme los criterios prevalecientes en la práctica de la profesión, debió estar al tanto de esa información. *Cross v. Trapp*, 294 S.E.2d 446, 455 (W. Va. 1982); *Festa v. Greenberg*, 511 A.2d 1371 (1986). Finalmente, bajo este criterio de adjudicación, el testimonio pericial es necesario para establecer que el daño sufrido por el paciente fue causado, en efecto, por la materialización del riesgo sobre el cual no hubo divulgación adecuada.

Supremo expresó que “lo más apropiado es que adoptemos el criterio del profesional de la medicina, y no el del paciente razonable establecido en *Canterbury v. Spence*, [464 F.2d 772 (Cir. D.C. 1972).]”, según fue discutido y descartado previamente en el caso de *Rodríguez Crespo v. Hernández*.

El estándar adoptado en *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R. 735 (1994), “acarrea para el médico el deber de informar aquellos riesgos, conforme lo establecido por la práctica prevaleciente de la medicina. Bajo ninguna circunstancia, ni siquiera en aquellos tratamientos que no entrañen ningún fin curativo, tendrá el médico el deber de informar sobre los riesgos que sean remotos, que hayan ocurrido en pocas ocasiones o que sean meramente hipotéticos”. *Id.*, en las págs. 752-753. Este estándar del “profesional de la medicina” armoniza con las normas y principios civilistas prevalecientes en Puerto Rico, sobre todo, con la doctrina de la causalidad adecuada, que determina “la causalidad legal entre la acción u omisión negligente y el daño sufrido”. *Hernández Rivera v. Municipio de Bayamón*, 135 D.P.R. 901, 925 (1994). Conforme a esta doctrina civilista, “no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino aquella que ordinariamente lo produce, según la experiencia general.” José L. Santos Briz, *Derecho de Daños* 215 (Ed. Revista de Derecho Privado 1963).

Al aplicar la doctrina de la causalidad adecuada al tema del consentimiento de un paciente, la controversia consiste en determinar si, dentro del curso normal de los hechos, le era exigible al médico prever que la falta de información debida hubiera llevado a la paciente a adoptar una decisión distinta a la que tomó. No es necesario que el médico haga esta determinación con certeza matemática para que le sea exigible el mandato del Artículo 1802; basta con que la negligencia incurrida por este, en el curso normal de los hechos acontecidos, muy probablemente pudo ocasionar el daño. *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R., pág. 760.

En fin, al alegarse la falta de conocimiento del paciente como



causa del daño sufrido, luego de una intervención médica, será necesario que se presente prueba sobre las normas de consentimiento informado que sean aplicables al caso y la razón por la cual o el modo en que el médico incumplió con ellas. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 666. La cadena causal entre la omisión del médico al informar y la materialización del riesgo no divulgado debe cumplir con dos requisitos: (1) la falta de divulgación debió haber causado que el paciente consintiera al procedimiento propuesto; y (2) el procedimiento debió haber causado daño al paciente. *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R., págs. 756-757.

Es decir, cuando el paciente alegue que el médico incurrió en impericia médica, por no haberle informado adecuadamente acerca de los riesgos incidentales al tratamiento al que quería someterse, tiene que establecer, conforme los principios generales que rigen la negligencia, que la falta de información fue la causa adecuada del daño sufrido. Dicho de otro modo, no basta con alegar que faltó información al paciente o que esta fue insuficiente, sino probar que, de haber conocido el riesgo específico que se materializó en el daño sufrido, no hubiera consentido a la intervención, evitando así sus consecuencias.

Claro, reiteramos que esa importante afirmación se enfrenta a otras normas y criterios ya enunciados. El médico no será responsable por no divulgar riesgos que no puedan ser razonablemente previstos, como tampoco incurrirá en responsabilidad por no informar "de alguna secuela inesperada que surja durante la cirugía". *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., pág. 664. "Aunque hay diversidad de criterios sobre el alcance y contenido del deber de divulgación, hay consenso sobre el hecho de que no hay que divulgar riesgos remotos que hayan ocurrido en pocas ocasiones y que no es probable que le ocurran a ese paciente particular". *Id.*, pág. 665.

- D -

Veamos ahora la prueba que tuvo ante sí el tribunal apelado, de modo que podamos determinar si hubo error en su apreciación.

### Prueba oral de la parte apelante

#### 1. Maritza De La Cruz

La señora De La Cruz declaró que tenía 44 años, era residente de Río Piedras y estaba casada con el señor Luis Antonio Fernández Quiles desde 1990. Conoció a la doctora Cabrera Ortiz en el 2004, cuando acudió a una oficina de ginecólogos en Santa Rita, a realizarse unos exámenes de rutina. En aquel entonces le recetaron unas pastillas anticonceptivas, *Yasmin*, para regular su periodo menstrual. Se atendió en esas oficinas hasta el 2009, porque ya en ese entonces la doctora Cabrera Ortiz ofrecía servicios desde otra oficina médica.

Entonces, en julio de 2009 la apelante acudió a la nueva oficina de la doctora, que ubica en la Avenida Domenech, porque tenía una infección vaginal y quería ser tratada específicamente por la doctora Cabrera Ortiz. Luego, en noviembre de 2009 visitó a la doctora porque le “daba muy mala la menstruación” y se quejó de “mucho dolor” y “mucho sangrado”.<sup>14</sup> La doctora le indicó que le tenía que realizar una histerectomía y, además, “eso era lo que [ella] quería también, operar[se]”.<sup>15</sup> Aunque aseguró que no le realizaron estudios antes de hacerle esa recomendación, inmediatamente admitió que se le había realizado un sonograma y que se había encontrado que tenía un “fibroma pequeño y quistes”.<sup>16</sup>

Al preguntársele qué ella entendió por “histerectomía”, ella contestó que había entendido que eso era que la doctora “[l]e iba a sacar la matriz”. Expuso que ella estaba interesada en esa operación para solucionar sus problemas de sangrado, dolor e, incluso, la posibilidad de desarrollar cáncer, pues ella padecía del virus de papiloma humano.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Transcripción de la prueba oral, (en adelante, T. P. O.), pág. 35.

<sup>15</sup> T. P. O., pág. 35.

<sup>16</sup> T. P. O., pág. 36.

<sup>17</sup> T. P. O., pág. 37.

Al abogado inquirir sobre las ventajas de esa operación, la señora De La Cruz le contestó, con referencia a la doctora Cabrera Ortiz, lo siguiente:

Ella me contestó todas mis preguntas. Yo le pregunté que si me sacaba la matriz ya no me iba a dar cáncer y me dijo que no. Y lo de la menstruación obviamente, o sea, que me iba a corregir mi problema.

[...]

No, no me explicó riesgos.

[...]

Habló de cáncer[;] para que se me corrigiera lo de la menstruación. Porque yo sufría mucho con eso.<sup>18</sup>

La señora De La Cruz tenía la preocupación de que se le “bajara” la vejiga, según le había ocurrido a su cuñada, como consecuencia de una operación similar y, consecuentemente, le preocupaba padecer de incontinencia urinaria. En respuesta, la doctora Cabrera Ortiz la refirió al doctor Maeso, urólogo de profesión, para que constatará que su vejiga estuviera bien, lo que en efecto el doctor constató luego de los correspondientes exámenes médicos, por lo que le dio su visto bueno para la operación.<sup>19</sup>

La señora De La Cruz también le preguntó a la doctora Cabrera Ortiz si la cirugía se podía realizar por la vía vaginal, pero ella le contestó que no, porque su “matriz estaba muy grande y tenía que ser abdominal”. Además, manifestó que la doctora le explicó que “eso era como una cesárea, en la parte baja de la barriga”.<sup>20</sup>

Continuó declarando que la cirugía se programó originalmente para febrero de 2010, pero se pospuso, al ella y su esposo no poder pagar una diferencia de \$500. Entonces, en julio de 2010, luego de conseguir el dinero, acudió a donde la doctora y le manifestó “ya estoy lista, me quiero operar”.<sup>21</sup> La doctora le dio instrucciones de acudir al Hospital Auxilio

---

<sup>18</sup> T. P. O., pág. 38.

<sup>19</sup> T. P. O., pág. 46.

<sup>20</sup> T. P. O., pág. 47.

<sup>21</sup> T. P. O., pág. 44.

Mutuo para los trámites de preadmisión, cosa que ella hizo junto a su esposo.<sup>22</sup>

Durante su testimonio, la testigo fue confrontada con los formularios de consentimiento del hospital, a lo que ella indicó que nadie le explicó esos documentos, específicamente el que se refiere a los riesgos. Sobre ese último indicó que “la primera vez que yo vi este documento fue en la oficina de mis abogados”.<sup>23</sup>

Declaró que la operación salió bien y que permaneció hospitalizada por tres días, con mucho dolor y molestia al orinar. La doctora González, que era la de turno, le indicó que eso era normal y que tal vez la vejiga se le puso vaga o lenta, cosa que también era normal debido a la cirugía.<sup>24</sup>

A los tres o cuatro días acudió al consultorio de la doctora Cabrera Ortiz para que le removieran los puntos de sutura. A preguntas del abogado indicó que en ese momento “tenía mucho dolor” y “orinaba poco”.<sup>25</sup> La doctora le recetó unas “pastillas azules” para ayudarla a orinar y reducir la molestia. Pocos días después regresó a donde la doctora y le dio la misma queja, pero, esta vez, le indicó que “tenía manchas azules en [su] ropa interior”. Según ella, en ese momento le dijo a la doctora que “tenía siempre la ropa interior manchada azul”, a lo que la doctora le indicó que la vejiga se le había “puesto lenta”, pero que no era para preocuparse.<sup>26</sup> Le recetó otros medicamentos, entre ellos, Uretrón.<sup>27</sup>

Después, la señora De La Cruz narró un evento de mucho dolor en “la barriga baja”, que no la dejaba casi moverse.<sup>28</sup> Al día siguiente, llamó a la doctora Cabrera Ortiz y le dijo lo que estaba pasando. La doctora le dio instrucciones de tomar Gaviscón, por si acaso eran gases, cosa que

---

<sup>22</sup> T. P. O., pág. 49.

<sup>23</sup> T. P. O., pág. 66.

<sup>24</sup> T. P. O., pág. 76.

<sup>25</sup> T. P. O., pág. 77.

<sup>26</sup> Notamos que estas quejas sobre las manchas azules en la ropa azul no están recogidas en ninguna parte de los expedientes médicos considerados por los peritos, aunque la referencia a unas pastillas azules pueden explicar el color del fluido que manchaba su ropa interior.

<sup>27</sup> T. P. O., pág. 78.

<sup>28</sup> T. P. O., pág. 80.

no dio resultado. Entonces la doctora le dijo que llegara al consultorio para examinarla, pero la apelante no pudo llegar a tiempo. En cambio, acudió a la sala de emergencias del Hospital Auxilio Mutuo, donde le indicó al personal médico que “no podía orinar”. Después de unas horas le dieron unos medicamentos, le realizaron un sonograma vaginal y unas placas abdominales.<sup>29</sup> Al llegar la doctora González, le puso una sonda y le “sacó bastante orina”. Ella se sintió aliviada. Le indicaron que todo estaba bien, que todo era normal, que seguramente tenía la vejiga lenta.<sup>30</sup> Este testimonio es cónsono con lo declarado por las doctoras Cabrera Ortiz y González, respecto a que la queja principal de la señora De La Cruz, además del dolor, era no poder orinar.

Meses después, al ver que su cuadro no mejoraba, visitó al doctor Maeso quien, a su vez, la refirió al doctor Ambert. Este último le recetó unos medicamentos para la molestia al orinar y le ordenó “un cistograma con contraste o una cistoscopia”, que es un estudio de la vejiga.<sup>31</sup> Sin embargo, la señora De La Cruz no se hizo el estudio ordenado por la falta de cubierta de su plan médico. No hizo nada. Detalló cómo se sentía emocionalmente en ese momento.

Finalmente, la apelante declaró sobre su visita al doctor Bencosme en República Dominicana, a quien ella le expresó que tenía “incontinencia, pero no me doy cuenta cuando me orino”.<sup>32</sup> El Dr. Bencosme le ordenó los estudios de la vejiga de rigor y determinó que tenía una fístula vésico-vaginal a consecuencia de la operación.<sup>33</sup> Le explicó que eso era un orificio en la vejiga que comunicaba con la vagina y que por eso no se daba cuenta cuando se orinaba, pues la descarga ocurría a través de la vagina. Luego consultó a otros urólogos en Puerto Rico quienes confirmaron el diagnóstico. Estos últimos se negaron a

---

<sup>29</sup> T. P. O., pág. 88.

<sup>30</sup> T. P. O., pág. 90.

<sup>31</sup> T. P. O., pág. 95.

<sup>32</sup> T. P. O., pág. 98.

<sup>33</sup> T. P. O., pág. 99.

operarla, por lo que la apelante regresó a República Dominicana, donde el doctor Bencosme, para la reparación de la fístula.

Durante el contrainterrogatorio, salió a relucir que la señora De La Cruz se había quejado de sangrado anormal y dolor pélvico desde, al menos, el 2004. Además, admitió que sufrió de esos síntomas durante 2006, 2008 y 2009.<sup>34</sup>

Es de notar, que al ser confrontada nuevamente con los formularios de consentimiento, la apelante aceptó que decidió operarse a pesar de las advertencias allí contenidas, específicamente la siguiente: “Reconozco que todo procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico conlleva riesgos potenciales que pueden incluir lesiones, pérdida severa de sangre, infecciones y en casos extremos incluso la muerte”.<sup>35</sup> Es decir, aceptó que se hubiera hecho la operación a pesar de que conllevara riesgo de muerte.

Cabe señalar que, no hay controversia respecto a que, aunque la señora De La Cruz ahora asegura que padeció de incontinencia urinaria desde la histerectomía realizada en julio de 2010, hasta la reparación de la fístula en 2011, ella lo que le expresaba al personal médico que la atendía era que tenía dolor, no incontinencia.<sup>36</sup>

## **2. Dr. José Juan Gorrín Peralta**

Durante su interrogatorio directo, el perito expresó haber revisado el récord médico de la paciente desde el comienzo de su tratamiento con la doctora Cabrera Ortiz. Declaró un poco sobre el hallazgo de unas células anormales en el cuello uterino de la apelante, pero las pruebas del virus del papiloma humano dieron resultado negativo. Según los demás testimonios, este evento corresponde a 2009. Añadió que el récord reflejaba, para 2009, una anotación de las siglas “AUB”, que significan “sangramiento uterino anormal”.<sup>37</sup> Asimismo, admitió que el expediente

---

<sup>34</sup> T. P. O., pág. 129.

<sup>35</sup> T. P. O., pág. 134.

<sup>36</sup> T. P. O., pág. 142.

<sup>37</sup> T. P. O., pág. 214.

reflejaba anotaciones de dolor pélvico crónico y sangramiento uterino disfuncional, por lo que se orientó a la paciente sobre la cirugía.<sup>38</sup> Observamos que, previo a esa fecha, nada acotó el perito respecto al historial médico de la apelante.

Luego de detallar los pormenores del expediente, según lo consideró adecuado, el perito opinó que no había necesidad de removerle el útero a la apelante en ese momento, porque a su entender no había ningún diagnóstico de sangramiento uterino anormal o de dolor pélvico crónico.<sup>39</sup> Indicó que no necesariamente el dolor pélvico crónico que padecía la paciente provenía del útero.<sup>40</sup>

Al preguntársele qué complicación fue la que sufrió la apelante, indicó que ella había desarrollado una “comunicación anormal entre su vejiga urinaria y su vagina, condición conocida como fístula vésico-vaginal, [cuya incidencia] es de alrededor de uno por ciento de los casos en la ginecología y la causa más común es la histerectomía por condiciones médicas”.<sup>41</sup>

El perito no pudo precisar cuándo comenzaron los síntomas de la aludida fístula. Sí precisó que cuando la apelante visitó a la doctora Cabrera Ortiz después de la operación y en la sala de emergencias, posteriormente, ella le indicó que tenía retención urinaria, es decir, acumulación de mucha orina. En cambio, fue cuando la atendieron los doctores Maeso y Ambert en Puerto Rico, luego de su visita a República Dominicana, que el expediente demuestra que la paciente presenta incontinencia total.<sup>42</sup> Según su opinión, es posible tener una paciente “que tarde más tiempo en aparecer la incontinencia total”.<sup>43</sup> El perito sí aseguró que, a base de lo dicho, antes de la operación no había fístula.

---

<sup>38</sup> T. P. O., pág. 217.

<sup>39</sup> T. P. O., pág. 221.

<sup>40</sup> T. P. O., págs. 222-223. Puede notarse que esta opinión pericial no está nutrida por el expediente médico de la apelante, correspondiente a los años 2004 a 2007.

<sup>41</sup> T. P. O., pág. 223.

<sup>42</sup> T. P. O., pág. 226.

<sup>43</sup> T. P. O., pág. 227.

Durante el conainterrogatorio, el perito aceptó que el desarrollo de una fístula de este tipo luego de una histerectomía “no es evidencia de negligencia ni de mala práctica profesional”, incluso, ni siquiera la sobrevenida tardíamente.<sup>44</sup>

El perito aceptó también que los tratamientos hormonales que recibió la paciente antes de la operación, tales como Yasmin y Depo-provera, eran más bien para controlar el sangrado profuso y el dolor crónico, no como método anticonceptivo, pues la apelante hacía años que había sido esterilizada.<sup>45</sup> Admitió que la cirugía de histerectomía no estaba contraindicada en el caso de la apelante.<sup>46</sup>

### **3. Luis A. Fernández Quiles**

Don Luis testificó que ha sido el esposo de la apelante por los últimos 26 años. De inmediato indicó que tuvo un problema con su esposa, por “una operación que no salió como era”.<sup>47</sup> Declaró haber acudido con la apelante a algunas visitas a la oficina de la doctora Cabrera Ortiz, pero que siempre permanecía en la sala de espera mientras atendían a su esposa. Dijo que tenía reparos en que su esposa se realizara la operación, pero no pudo precisar por qué. Expresó que se reunió en una ocasión con su esposa y la doctora Cabrera Ortiz para discutir los pormenores de la operación, pero que la conversación giró en torno a los \$500 que tenían que aportar.

El resto de su testimonio estuvo orientado a los dolores y angustias que sufrió la apelante durante los meses que le siguieron a la operación que, por no estar relacionados a la falta de consentimiento informado y a la práctica antijurídica imputada a la apelada, sino más bien a los daños, omitimos.

### **Prueba oral parte apelada**

#### **1. Doctora Brendaliz Cabrera Ortiz**

---

<sup>44</sup> T. P. O., pág. 246.

<sup>45</sup> T. P. O., pág. 250.

<sup>46</sup> T. P. O., pág. 259.

<sup>47</sup> T. P. O., pág. 302.



La apelada testificó que conoció a la señora De La Cruz el 8 de julio de 2006, fecha de su primera visita rutinaria, en la que inicialmente le recetó Yasmin y Ponstel, para regular sus menstruaciones y disminuir el dolor pélvico, respectivamente.<sup>48</sup> Declaró sobre varias visitas posteriores de la señora De La Cruz, en las que se quejaba de sangrado profuso y dolor pélvico. Luego de algunos exámenes, en el 2007 se determinó que la apelante tenía un fibroma en el útero y un quiste en el ovario izquierdo. La paciente todavía expresaba preocupación por el sangrado profuso y manifestaba sentir dolor pélvico. Como medida alternativa, la doctora le subió la dosis del tratamiento hormonal.<sup>49</sup>

A finales de 2007, el examen conocido como Papanicolau (PAP) reflejó la existencia de unas células escamosas atípicas (ASCUS) en la cérvix, por lo que la doctora le ordenó una colposcopia, que es un estudio más especializado.<sup>50</sup> La doctora explicó que la presencia de esas células podía deberse a distintas razones, entre ellas, inflamación o infección. El resultado de ese examen, realizado en 2008, fue negativo. Es decir, no se le vio a la paciente ningún tipo de lesión. Pero, de todas maneras, le tomó una biopsia del canal endocervical para estar segura. Además, le ordenó realizarse un cultivo para descartar el virus del papiloma humano.<sup>51</sup> Ambas cosas, la biopsia y el cultivo, resultaron negativas.<sup>52</sup> Luego de discutir los resultados de esos estudios con la paciente, ya como tercera medida alternativa, la doctora le recetó Depo-provera, “que es un anticonceptivo inyectable que se utiliza para pacientes que tienen problemas de sangrado anormal uterino”.<sup>53</sup> Específicamente, la doctora expresó que tomó esa decisión porque la apelante no había respondido al tratamiento de las pastillas anticonceptivas.

---

<sup>48</sup> T. P. O., pág. 357.

<sup>49</sup> T. P. O., págs. 360-361.

<sup>50</sup> T. P. O., pág. 362.

<sup>51</sup> T. P. O., pág. 364.

<sup>52</sup> T. P. O., pág. 365.

<sup>53</sup> T. P. O., pág. 365.

Durante el 2008, la apelante visitó el consultorio una vez más. Se quejó de ardor al orinar, orinar con frecuencia y dolor pélvico. Se le ordenó un cultivo de orina, pero la paciente nunca trajo los resultados.<sup>54</sup>

En el 2009 la apelante regresó para su chequeo de rutina, pero fue atendida por otra doctora. Se reflejan en el expediente apuntes sobre historial de depresión, ansiedad, migraña y tratamiento en Zoloft.<sup>55</sup> Por otro lado, se anotó que la paciente tenía menstruación profusa y otras condiciones que no son pertinentes al caso. Al hacerle los exámenes de rutina en los senos y el útero se halló todo normal. Sin embargo, había unas pequeñas lesiones en el área de la vulva, por lo que se le hicieron cultivos de esas lesiones y el PAP.<sup>56</sup> El PAP reflejó células intraepiteliales escamosas de bajo grado de diferenciación (SIL), que son unas células escamosas en la cervix de “una escala un poquito más que las anteriores, que eran las células atípicas, pero no son células cancerosas ni son células pre-cancerosas y se sabe que en el 80 por ciento de los casos pueden revertir a células normales”.<sup>57</sup>

Más adelante en ese año, la doctora Cabrera Ortiz evaluó personalmente a la apelante en su nuevo consultorio. Anotó que la apelante tuvo “descarga vaginal desde hace dos semanas a pesar de haber estado utilizando tratamiento”.<sup>58</sup> Le realizó un examen pélvico y no encontró ningún hallazgo de infección vaginal; observó un cervix sin lesión. Le diagnosticó una posible infección de orina y le ordenó un cultivo. La paciente trajo los resultados positivos de una infección en agosto de 2009. Como la apelante manifestó continuar con los síntomas urinarios, la doctora le recetó “Cipro”, “que es un antibiótico para infección de orina”.<sup>59</sup> Durante otra visita de 2009, la paciente trajo otros resultados de cultivo de orina negativos, pero con la hemoglobina en 10.8, que la

---

<sup>54</sup> T. P. O., págs. 366-367.

<sup>55</sup> Podemos inferir, entonces, que el dolor pélvico crónico y el sangrado profuso precedieron al tratamiento de Zoloft.

<sup>56</sup> T. P. O., págs. 367-368.

<sup>57</sup> T. P. O., pág. 369.

<sup>58</sup> T. P. O., pág. 371.

<sup>59</sup> T. P. O., pág. 373.

doctora identificó como un signo de anemia directamente relacionado a la menstruación profusa.

De hecho, en esa visita, la paciente manifestó dolor pélvico crónico y sangrado anormal uterino, pues “continuaba con su sangrado profuso”.<sup>60</sup> Fue entonces cuando la doctora orientó a la paciente sobre la posibilidad de una cirugía, pero antes la refirió a un urólogo con dos propósitos en mente. Por un lado, atender la preocupación de la paciente de desarrollar incontinencia urinaria a consecuencia de la operación. Por otro, para descartar que el dolor pélvico crónico tuviera algo que ver con el sistema urinario, en vez de problemas ginecológicos.<sup>61</sup>

La doctora declaró que, en ese momento, era “solamente orientación (...) se orienta de la naturaleza de la cirugía, en qué consta el llevar a cabo la cirugía, los riesgos que tendría la cirugía y los beneficios que ella tendría. Y se le da la oportunidad de que ella pueda entonces buscar una segunda opinión si es necesario y pensar en la alternativa de continuar con el tratamiento ya dado aunque no estuviera funcionando o pensar en la cirugía”.<sup>62</sup> Abundó respecto al cuadro de hemoglobina baja que presentaba la paciente, que implicaba anemia, que según indicamos correlacionó a los síntomas de sangrado profuso en todas sus menstruaciones. La doctora descartó que se tratase de algún asunto gastroenterólogo porque ya la apelante se trataba con un médico de esa especialidad.

A finales de 2009, la apelante visitó a la doctora Cabrera Ortiz, sobre “unas lesiones en el área vulvar desde hacía dos días atrás”.<sup>63</sup> Luego de realizarle un examen pélvico y diagnosticar la condición, le dio el tratamiento debido.

La apelante regresó en enero de 2010 y expresó que había optado por realizarse la cirugía, la cual se programó originalmente para el 4 de

---

<sup>60</sup> T. P. O., pág. 374.

<sup>61</sup> T. P. O., pág. 375.

<sup>62</sup> T. P. O., pág. 376.

<sup>63</sup> T. P. O., pág. 378.

febrero de ese mismo año. Como parte de ese proceso, la doctora dijo haber orientado a la paciente sobre el tipo de operación y los riesgos y beneficios de ese procedimiento. Esa orientación “conlleva una serie de documentos que se llenan en la oficina para poder ir a sala”.<sup>64</sup> Sin embargo, como la operación se pospuso, esos primeros documentos fueron descartados.<sup>65</sup>

No obstante, la apelante regresó al consultorio en julio de 2010 decidida a someterse a la operación. La doctora expresó que, en esa ocasión:

Si, como mencioné en lo de la visita anterior, cuando se programa entonces la paciente para cirugía, se comienza entonces a hacer una orientación extensa de lo que es el proceso de cirugía. En este caso se le explica a la paciente inicialmente por qué se está haciendo el procedimiento, se le explica que después de ella haber utilizado los anticonceptivos tanto oral como inyectable y el medicamento para el dolor y después de no encontrar ninguna otra causa para su dolor pélvico, pues la alternativa que se le recomienda es la histerectomía que es remover la matriz. Se le explica que solamente se va a remover la matriz.

Sus ovarios entonces permanecen porque por la edad de ella era recomendado si no había ningún tipo de problema con los ovarios, dejarlos para que pudiera continuar su función y su producción de hormonas. A la paciente se le explica sobre las alternativas ya mencionadas de tratamiento. A la paciente se le explica el tiempo de estadía en el hospital y entonces entramos a discutir con la paciente los beneficios de la cirugía. Entre ellos se le menciona que el dolor pélvico debe mejorar obviamente al no tener matriz, su problema de sangrado va a terminar y se le habla sobre los riesgos de la cirugía.

Para hablar sobre los riesgos nosotros tenemos un documento que es el consentimiento informado para procedimiento. Sin ese documento y sin la firma de la paciente, la paciente no puede hacer ningún tipo de pre-admisión. Así que ese documento lo llenamos nosotros en la oficina con todos los otros papeles del historial y físico para poderlo entregar a la paciente y que la paciente haga su proceso de pre-admisión.<sup>66</sup>

Luego de abundar un poco sobre las hojas de consentimiento informado, la doctora Cabrera Ortiz declaró sobre las posibles complicaciones de la operación, según advertidas a la apelante, valiéndose de los formularios en cuestión. En específico, dijo lo siguiente:

Dentro de las complicaciones que se le explica le hablamos que puede haber mala cicatrización de la herida, que tengamos que extender la herida más de lo que le habíamos explicado a la

---

<sup>64</sup> T. P. O., pág. 381.

<sup>65</sup> T. P. O., pág. 385.

<sup>66</sup> T. P. O., págs. 387-388.

paciente. Que puede haber sangrado, infección, que puede haber reacción a medicamentos o anestesia. Que puede haber daño a órganos internos. En el caso de una histerectomía los daños más comunes son los que están asociados al sistema urinario o al sistema gastrointestinal. Que puede haber también requerimiento de otro tipo de cirugía más adelante por complicaciones que haya en ésta. Que puede haber también problemas respiratorios, cardíacos o renales que pueden llevarla a la muerte.

En esa parte de los riesgos hay un inciso o unas líneas que están en blanco en que el médico puede llenar otras cosas. Yo no las llené porque si fuera a enumerar todas las complicaciones que puede haber en un procedimiento, no tendría espacio para ponerlas ahí, pero sí se le explica al paciente. La complicación que está aquí expuesta de la fístula no está puesta en específico ahí, porque, aunque se ha mencionado que es una complicación inherente y eso significa (...) que siempre puede venir acompañado o estar asociada a cirugías como esta. No es una complicación común. Ocurre en menos de un por ciento de los casos de la cirugía. Así que por eso no se recalca en específico. Pero sí se le menciona que, dentro de los daños a órganos internos, el sistema urinario y el sistema gastrointestinal son los más cerca que están en el campo y pueden ser afectados.<sup>67</sup>

Luego, la testigo declaró sobre los pormenores de la operación.

Acto seguido, declaró que volvió a ver a la paciente en agosto de 2010, aproximadamente un mes después de la operación. En esa visita, la paciente expresó que continuaba con dolor supra-púbico y dificultad al orinar. Refirió que tenía una orina fétida. Entonces, la doctora sospechó la posibilidad de una infección, por lo que le ordenó pruebas de orina y un cultivo. Se le recomendó continuar el tratamiento con “urecorina”, “que es un anti-espasmódico que se da cuanto tenemos problemas de quizás una vejiga vaga”.<sup>68</sup> A preguntas de su abogado, la testigo resaltó que la paciente no se quejaba de incontinencia urinaria, sino de dificultad al orinar, que “es que no se puede orinar y la paciente tiene trabajo para poner orinar. Incontinencia es cuando hay una salida involuntaria de la orina”.<sup>69</sup>

La apelante regresó en septiembre del mismo año, todavía con los mismos signos, por lo que la doctora siguió sospechando que se trataba de una infección. Le recetó “Septra”, “que es un antibiótico para infección

---

<sup>67</sup> T. P. O., págs. 395-396.

<sup>68</sup> T. P. O., pág. 409.

<sup>69</sup> T. P. O., pág. 410.

de orina”.<sup>70</sup> Luego de esa visita, la doctora Cabrera Ortiz no supo más de la paciente. “La paciente no volvió”.<sup>71</sup>

## **2. Doctora Marybel González**

Luego testificó la doctora González, que fue la cirujana que asistió a la doctora Cabrera Ortiz en la remoción del útero de la apelante. Además, fue quien estuvo a cargo de las visitas de seguimiento, inmediatamente después de la operación.<sup>72</sup> Las notas médicas que ella tomó esos días reflejan que la apelante manifestaba sentirse bien, que sus signos vitales estaban estables, pero que el “output” urinario estaba disminuido, por lo que ordenó que le dieran líquidos para aumentar el flujo de orina.

Después de esas instrucciones, mejoró el “output” urinario y se reportó que la apelante estaba orinando adecuadamente. Al día siguiente, se le quitó el “folley” a la paciente, porque “ya estaba orinando adecuadamente”. Al tercer día, la doctora anotó que la paciente manifestó encontrarse bien y refirió estar orinando adecuadamente.

Finalmente, la doctora González le dio el alta a la paciente el 25 de julio de 2010, tras determinar que su cuadro era estable, con recetas de Percocet, Hematrón y Toradol, cada seis horas, según necesario, para aliviar el dolor y subir la hemoglobina. En ese momento, la apelante tampoco exhibía signos de incontinencia urinaria.<sup>73</sup>

Por otro lado, la doctora González también declaró en cuanto a la visita de la apelante a la sala de emergencias del Hospital Auxilio Mutuo el 2 de agosto de 2010. Sobre ese particular, la testigo detalló que el personal médico le hizo una consulta el 3 de agosto de 2010, a las 8:00 a.m., sobre la paciente, que llegó “con su histerectomía, dolor pélvico y presión”. Además, la paciente llegó con “dolor pélvico y dificultad para

---

<sup>70</sup> *Ibíd.*

<sup>71</sup> *Ibíd.*

<sup>72</sup> T. P. O., pág. 463.

<sup>73</sup> T. P. O., págs. 464-470.

poder orinar. Ardor al orinar”.<sup>74</sup> Dijo que se le hizo a la apelante un sonograma abdominal y un sonograma pélvico, que solo reflejaron “cambios post-quirúrgicos normales”. “No había anomalías presentes”.<sup>75</sup>

La doctora González evaluó a la apelante el 6 de agosto de 2010. En esa ocasión le trajo los resultados de un cultivo de orina y laboratorios, que salieron todos negativos. Declaró que la apelante manifestó estar orinando adecuadamente.<sup>76</sup>

### **3. Doctor José Gratacós Díaz**

El último en testificar fue el doctor Gratacós, perito de la doctora Cabrera Ortiz, quien, en esencia, declaró sobre el informe pericial que rindió en este caso. Resumió su conclusión en los siguientes términos:

La señora De La Cruz fue sometida a una histerectomía total debido a un diagnóstico de dolor pélvico crónico sustentado por la descripción que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos tiene sobre esta condición de sangramiento uterino anormal. Después de un cernimiento (sic) y evaluación pre-operatoria que fue adecuada y que siguió todas las normas de excelencia, la cirugía se hizo de una manera correcta y el seguimiento post-operatorio fue adecuado.<sup>77</sup>

El doctor Gratacós declaró que el expediente médico estudiado reflejaba que la paciente padecía de dolores desde, al menos, el 2004, cuando era atendida por otra doctora. Asimismo, el perito entendió que, en el 2006, cuando por primera vez la atendió la doctora Cabrera Ortiz, la paciente todavía padecía de dolor pélvico crónico, pues así lo denotaban los medicamentos recetados entonces: Yasmin y Ponstel.<sup>78</sup> A su parecer, la receta de estos medicamentos fue el curso apropiado, pues es el tratamiento básico para dolor pélvico (...) este tipo de analgésico, para que el sangramiento sea normal”.<sup>79</sup>

Expresó que las anotaciones médicas del expediente en cuestión, para el año 2007, reflejaban que la paciente “volvió a referir el síntoma de sangramiento vaginal profuso y dolor pélvico” y dos semanas después la

---

<sup>74</sup> T. P. O., pág. 470.

<sup>75</sup> T. P. O., págs. 471-472.

<sup>76</sup> T. P. O., pág. 475.

<sup>77</sup> T. P. O., pág. 489.

<sup>78</sup> T. P. O., pág. 490.

<sup>79</sup> T. P. O., pág. 491.

paciente “continuaba con las quejas de sangramiento vaginal profuso y dolor pélvico asociado”.<sup>80</sup> Declaró sobre las pruebas de PAP y colposcopía que le fueron realizadas a la apelante en los mismos términos ya declarados por la doctora Cabrera Ortiz e indicó que, luego de eso, se le recomendó a la paciente utilizar Depo-Provera, lo que describió como “un tratamiento hormonal que contiene progesterona de uso prolongado ya que el síntoma de sangramiento vaginal profuso no había respondido al tratamiento original con pastillas contraceptivas que combinaban el estrógeno con progesterona, como las Yasmin”. Describió este último paso como “la segunda alternativa y que en las recomendaciones que hace el Colegio de Obstetras y Ginecólogos como terapia hormonal, tenemos disponibles”. A ello añadió que “es la indicación adecuada”.<sup>81</sup>

Luego de detallar los signos de la señora De La Cruz durante sus demás visitas, el perito opinó que:

Para cualquiera de las dos condiciones la indicación médica es una histerectomía. El hecho de que la paciente tuviese ambos diagnósticos corroborados por un historial de más de cuatro años, hacía todavía la histerectomía como el procedimiento indicado.<sup>82</sup>

Sobre el procedimiento quirúrgico como tal, el doctor afirmó: “sabemos que fue una cirugía sin complicaciones”. En cuanto al periodo que tomó dar de alta a la paciente, el perito opinó que tres días es “la estadía promedio de un paciente luego de esta[s] condiciones, o sea que no se vio ninguna complicación”. Añadió que las notas de enfermería y las notas de seguimiento de la cirugía por la doctora Gonzalez, “no demostraron ninguna complicación, no demostraron ninguna sintomatología de problema urinario, ni de sangramiento significativo en la paciente”.<sup>83</sup> En ese momento no había ninguna evidencia de incontinencia urinaria.

---

<sup>80</sup> T. P. O., pág. 492.

<sup>81</sup> T. P. O., pág. 493.

<sup>82</sup> T. P. O., pág. 500.

<sup>83</sup> T. P. O., pág. 501.



El perito también declaró sobre la visita de la paciente a la sala de emergencias. Opinó que las quejas informadas por la paciente eran dolor supra-púbico, dificultad al orinar y disuria, que es el ardor al orinar. Enfatizamos que el perito no logró identificar alguna queja de la apelante sobre incontinencia urinaria, sino todo lo contrario, dificultad para orinar. De otra parte, el testigo pericial expresó que los exámenes realizados no mostraron resultados significativos, todo reflejó cambios normales luego de una histerectomía. En fin, su lectura de los análisis fue que “[n]o había ninguna patología”.<sup>84</sup> Declaró que al extraerle 600 cc de orina a la paciente, mediante un catéter, la paciente mostró mejoría, “se resolvió el problema”. Esto nos permite inferir que en esa fecha no había fístula.

El perito terminó su testimonio directo indicando que la doctora Cabrera Ortiz realizó un diagnóstico y un tratamiento médico correcto, que siguió las guías y recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Precisó que, “al no responder la paciente al tratamiento médico conservador, al no encontrarse otro foco que pudiese provocar el dolor pélvico crónico de esta paciente, pues la alternativa que quedaba era una cirugía que se realizó en la manera adecuada”.<sup>85</sup>

- E -

Al discutir los señalamientos de error primero, segundo, cuarto y quinto, la apelante alega que el trato pre-operatorio brindado por la doctora Cabrera Ortiz no fue adecuado. Especialmente, porque esta no le realizó todos los exámenes necesarios para alcanzar un diagnóstico correcto que justificara la realización de la histerectomía.<sup>86</sup> Aduce que, en el récord médico que llevara la doctora sobre ella, no se registró ninguna descripción detallada de desórdenes menstruales, solo indica AUB (sangramiento uterino anormal), ni información que permita entender que la única opción terapéutica es la remoción del útero.<sup>87</sup> Entiende la señora

---

<sup>84</sup> T. P. O., pág. 509.

<sup>85</sup> T. P. O., pág. 517.

<sup>86</sup> Escrito de apelación, pág. 11.

<sup>87</sup> *Id.*, págs. 12-13.

De la Cruz que, de haberse cumplido los criterios para el diagnóstico de AUB, era necesario que se le realizara un muestreo de endometrio para establecer la causa del sangrado, para saber si era necesaria la remoción del útero. A su vez, trae a colación que el diagnóstico de dolor pélvico crónico fue realizado sin antes agotar las posibilidades. En ese sentido, alega que el dolor pélvico crónico puede ser causado tanto por factores ginecológicos como no ginecológicos y que la doctora Cabrera Ortiz no hizo una búsqueda rigurosa de las patologías que estaban produciendo su dolor pélvico crónico.<sup>88</sup>

Las alegaciones de la apelante no nos persuaden y no están avaladas por la prueba que desfiló durante el juicio. Entre las determinaciones de hecho más significativas del tribunal sentenciador debemos resaltar la que expresa “los peritos de ambas partes coincidieron en que la fístula vésico-vaginal es una complicación inherente, asociada a un procedimiento de histerectomía, que no representa un acto de impericia médica”.<sup>89</sup>

El foro de primera instancia también halló probado que la apelante había firmado las hojas de consentimiento correspondientes a la operación que, entre otras cosas, decía que la operación “conlleva riesgos potenciales que pueden incluir lesiones, pérdida severa de sangre, infecciones y en casos extremos, incluso la muerte”.<sup>90</sup>

Asimismo, el tribunal *a quo* dio especial peso probatorio al testimonio del perito de la apelada, el doctor Gratacós, quien concluyó que el tratamiento brindado por la doctora Cabrera Ortiz era el curso correcto a seguir en casos como el de la apelante. Incluso, el tribunal *a quo* determinó que la “cirugía fue la última alternativa escogida y sugerida como tratamiento y es obvio que las quejas de la demandante terminaron por razón de que los síntomas desaparecieron con la operación. De

---

<sup>88</sup> *Id.*, pág. 16.

<sup>89</sup> *Ap.*, pág. 88.

<sup>90</sup> *Ap.*, pág. 89.

hecho, ambos peritos concluyeron que la histerectomía realizada a la demandante no estaba contraindicada”.

Con relación a la fístula vésico-vaginal, y a base de los testimonios de ambos peritos, según adelantamos, el tribunal concluyó que era un “riesgo inherente a la cirugía practicada a la [apelante], la cual ocurre en un 1% de los casos”, por lo que no hay obligación del médico de informarlo al paciente. Por otro lado, el foro adjudicador estimó que la apelante no estableció que durante los meses que le siguieron a la operación, entre julio y septiembre de 2010, la doctora Cabrera Ortiz tuviera ante sí un cuadro claro de fístula vésico-vaginal, pero no actuó apropiadamente frente a esa situación. Tampoco regresó a atenderse con la doctora cuando comenzaron a manifestarse los síntomas evidentes de ese mal. A base de toda la prueba presentada en el juicio, el foro sentenciador resolvió que la apelada no cometió impericia médica al recomendar y realizar la histerectomía total a la apelante.<sup>91</sup>

La evaluación independiente de la prueba documental y pericial que fue admitida en el juicio, así como el examen minucioso de la prueba oral, nos lleva a concluir lo mismo que el foro apelado. La apelante padeció de un dolor pélvico crónico desde 2004 a 2010, fecha en la que se realizó finalmente la operación. Los testimonios demuestran, además, que la doctora Cabrera Ortiz agotó primero otras alternativas más conservadoras, tales como el uso de anticonceptivos orales, en menor y mayor dosis, anticonceptivos inyectables y medicamentos para el dolor, sin lograr resultados. Y que fue ya como última opción que le recomendó y realizó la histerectomía total. Incluso, del testimonio de la doctora apelada, que fue creído por el Tribunal de Primera Instancia, surge que en ningún momento ella estuvo al tanto de que la señora De La Cruz estuviera sufriendo de incontinencia urinaria antes de la operación o inmediatamente después. Inferimos que eso sucedió después.

---

<sup>91</sup> Ap., pág. 99.

Las opiniones periciales sometidas nos permiten concluir que la operación fue el último tratamiento recomendado después de un largo historial de sangramiento anormal y dolor pélvico crónico. El sólido testimonio del perito de la apelada abona a lo que ya hemos concluido, respecto a que la histerectomía total no fue la primera opción agotada por la doctora Cabrera Ortiz, sino que fue el resultado final luego de un largo historial de sangrado uterino anormal y dolor pélvico crónico.

También surge del testimonio de la doctora González, que asistió a la apelada en la operación, que la recomendación para una histerectomía estaba justificada y que el cuadro post cirugía de la apelante denotaba que todo estaba normal. No hubo indicio alguno de que la operación estuviera contraindicada, ni de que no se le hubieran explicado a la apelante los riesgos de la operación.

Respecto a la importancia del informe pericial del doctor Gratacós Díaz, que nos pareció sumamente creíble y lógico, al igual que al tribunal apelado, queremos destacar lo siguiente:

Las fístulas vésico-vaginales son una de las complicaciones inherentes que pueden ocurrir asociadas a un procedimiento de histerectomía y no necesariamente representan un acto de negligencia médica. En el caso de la señora De La Cruz, no existe evidencia de que la fístula se haya desarrollado al momento de la cirugía, ya que la evidencia de la incontinencia urinaria no se documenta en un expediente médico alguno hasta que la paciente no fue evaluada por el Dr. Maeso, urólogo, el 21 de diciembre de 2010. Ya habían transcurrido 5 meses desde la fecha de la histerectomía y en ninguna de sus visitas a la oficina de la Dra. Cabrera la paciente había referido síntoma de incontinencia. Sus quejas siempre fueron de dolor supra-púbico y dificultad al orinar. Más importante aún, la Sra. De La Cruz no volvió a la oficina de la Dra. Cabrera luego de su cita el 1 de septiembre de 2010 y acudió a evaluación urológica 3 ½ meses después.

La mayor parte de las fístulas vésico-vaginales se forman como resultado del proceso de cicatrización de los tejidos. Durante el periodo post operatorio, la sintomatología de la paciente fue una de infecciones urinarias y en ningún momento de incontinencia urinaria secundaria a una fístula vésico-vaginal. La complicación de una fístula vésico-vaginal no necesariamente implica un acto de mala práctica profesional, sino que según lo documenta la literatura médica, puede ser una consecuencia del procedimiento de una histerectomía. En el caso específico de la Sra. De La Cruz, este procedimiento se realizó siguiendo las indicaciones que el ACOG sugiere ante un diagnóstico de dolor pélvico crónico y sangramiento uterino anormal que afectó a esta paciente por más de 6 años sin que respondiera a tratamiento médico.<sup>92</sup>

<sup>92</sup> Ap., pág. 187. (Énfasis suplido).

Esta es una explicación lógica y coherente de la causa de la condición desarrollada por la señora De La Cruz y que genera esta demanda. Es forzoso concluir que no erró el tribunal apelado al determinar que no se probó la impericia médica imputada a la doctora Cabrera Ortiz, pues la apelante no pudo controvertir la aludida evidencia pericial.

Por otro lado, la apelante aceptó que su renuncia al trabajo se había debido a “problemas con su hija” y “problemas de transportación”.<sup>93</sup> Por lo dicho, toda alegación de pérdida de capacidad de generar ingresos a consecuencia de alguna acción u omisión de la doctora Cabrera Ortiz fue infundada. No se cometió el primer error señalado.

En su segundo señalamiento de error la apelante aduce que, aunque consintió a la operación, su consentimiento no fue informado. Se basa en que en el expediente médico solo se hace una mención generalizada y sin explicación alguna de la cirugía ni de sus beneficios o riesgos. Añade que hay ciertas partes del documento de consentimiento que no están iniciados y niega que la firma que consta en el mismo sea la suya. Durante la vista, su abogado expresó: “Esa no es su firma. Ella lo sostiene. Son totalmente diferentes”, avalando así lo dicho por su representada.<sup>94</sup> Tampoco le asiste el derecho en esta ocasión.

Cabe resaltar que, en cuanto a las alegaciones sobre la falta de consentimiento informado, el tribunal apelado descartó el testimonio de la apelante y creyó lo declarado por la doctora Cabrera Ortiz, a los efectos de que esta última sí orientó adecuadamente a la apelante respecto a la naturaleza y los riesgos de la operación. Para llegar a esa conclusión, el tribunal dio peso a los formularios de consentimiento que había en el expediente médico, su fecha, el sello del hospital y la firma de la apelante. Aunque durante su testimonio la apelante negó que esa fuese su firma, el tribunal no le creyó, pues le bastó con comparar la firma plasmada en ese

---

<sup>93</sup> T. P. O., pág. 126.

<sup>94</sup> T. P. O., pág. 61.

formulario con las firmas de la apelante que aparecían en otros documentos, y expresó: “[n]o hay que ser experto en caligrafía para llegar a esa conclusión”.<sup>95</sup>

Hemos evaluado la prueba que obra en el expediente y no hallamos error del tribunal de instancia en su apreciación. La señora De La Cruz no solamente estaba al tanto de la naturaleza de la operación y sus riesgos, sino que, además, firmó el mismo consentimiento en dos ocasiones separadas, debido a que se pospuso la operación. En esas hojas de consentimiento se le informaba que podría sufrir lesiones corporales.

Asimismo, determinamos que independientemente de los formularios de consentimiento, la doctora Cabrera Ortiz se reunió con la apelante y discutió los pormenores de la operación. Tanto estaba consciente la apelante de los riesgos que esa operación podría conllevar a su vejiga, que se evaluó primero con el urólogo, doctor Maeso, para asegurarse de que los riesgos fuesen mínimos. Lamentablemente, el desarrollo de una fístula vésico-vaginal, como la ocurrida en este caso, solo ocurre en el 1% de los casos y esa condición fue descrita por los peritos como uno de los riesgos inherentes a la operación, por lo que no implica mala práctica profesional. Ambos peritos estuvieron de acuerdo en esa conclusión. No se cometió el segundo error señalado.

Por otra parte, la apelante alega que el foro apelado incidió al desacreditar su testimonio, basándose en prueba que fue objetada y no permitida. Se refiere a que durante el juicio se objetó la línea de preguntas del abogado de la apelante, respecto a no haber entendido el idioma inglés del formulario de consentimiento, cosa que no se había alegado en la demanda. Además, su defensa fue un tanto contradictoria, porque, de un lado, sostuvo que no le dijeron cuáles eran los riesgos, luego que no los entendió, hasta terminar con el argumento de que no firmó el documento.

---

<sup>95</sup> Ap., pág. 100.

El formulario fue admitido como parte del récord médico de la apelante, por lo que la apreciación del tribunal sobre la similitud de la firma no fue impropia. Es obvio que el tribunal puede mirar las firmas y hacer las inferencias que estime necesarias, si no para dar por probado el consentimiento, al menos para propósitos de la credibilidad del testimonio, como en efecto aquí ocurrió. Simple y sencillamente la palabra de la apelante no fue creída por el tribunal cuando esta expresó que “la primera vez que yo vi este documento fue en la oficina de mis abogados”.

Ahora, la conclusión de que el consentimiento fue informado no descansó en la mera firma de la apelante, sino que fue producto de haber aquilatado los dos testimonios, tanto el de la apelante como el de la doctora Cabrera Ortiz. La única evidencia que hay en el caso sobre la falta de consentimiento informado es la palabra de la apelante contra la palabra de la doctora Cabrera Ortiz. Su palabra no fue suficiente para prevalecer sobre ese asunto, pues puso en duda su credibilidad.

En fin, el tribunal sentenciador recibió prueba preponderante sobre el consentimiento de la apelante a la operación, lo que le permitió concluir que su consentimiento fue informado. No se cometieron los errores señalados.

#### IV.

En su sexto señalamiento de error aduce la parte apelante que se equivocó el tribunal *a quo* al imponer el pago de honorarios de abogados por temeridad. Además, indica que, del expediente judicial, no se desprenden las razones que justifiquen la imposición de tal penalidad.<sup>96</sup>

Veamos cuáles son las normas que rigen la imposición de honorarios de abogados por temeridad y cuál es nuestra función revisora en torno a ese asunto.

- A -

La Regla 44.1(d) de Procedimiento Civil de 2009 dispone que, en caso de que cualquier parte o su abogado(a) haya procedido con

---

<sup>96</sup> Escrito de apelación, págs. 30-31.

temeridad o frivolidad, el tribunal deberá imponerle el pago de una suma por concepto de honorarios de abogado que ese foro considere corresponden a tal conducta. 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 44.1 (d).

La temeridad se define como aquella conducta que permite que se celebre o se prolongue un litigio innecesariamente o que obliga a otra parte a litigar por su contumacia u obstinación. *Jarra Corporation v. Axxis Corporation*, 155 D.P.R. 764, 779 (2001); *Muñiz Burgos v. Mun. de Yauco*, 187 D.P.R. 665, 691-692 (2013). Se trata de "una actitud que se proyecta sobre el procedimiento y que afecta el buen funcionamiento y la administración de la justicia. También sujeta al litigante inocente a la ordalía del proceso judicial y lo expone a gastos innecesarios y a la contratación de servicios profesionales, incluyendo abogados, con gravamen a veces exorbitantes para su peculio". H. Sánchez Martínez, *Rebelde sin costas*, Año 4 (Núm. 2) Boletín Judicial (abril-junio 1982); *Oliveras, Inc. v. Universal Ins. Co.*, 141 D.P.R. 900, 935 (1996).

El propósito de la imposición de honorarios por temeridad es penalizar a la parte "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, trabajo e inconveniencias de un pleito". *Rivera v. Tiendas Pitusa, Inc.*, 148 D.P.R. 695, 702 (1999); *Ramírez v. Club Cala de Palmas*, 123 D.P.R. 339, 349-350 (1989); *Fernández v. San Juan Cement*, 118 D.P.R. 713, 718 (1987.); *C.O.P.R. v. S.P.U.*, 181 D.P.R. 299, 341-342 (2011). Algunos de los actos que constituyen temeridad de una parte son: (1) si el demandado contesta una demanda y niega su responsabilidad total, aunque la acepte posteriormente, *Rodríguez Cancel v. A.E.E.*, 116 D.P.R. 443 (1985); (2) si se defiende injustificadamente de la acción, *Montañez Cruz v. Metropolitan Cons. Corp.*, 87 D.P.R. 38 (1962); (3) si la parte demandada no admite francamente su responsabilidad, para limitar la controversia a la fijación de la cuantía a ser concedida, *Mercado v. American Railroad Co.*, 61 D.P.R. 228 (1943); *Reyes v. Aponte*, 60 D.P.R. 890 (1942); (4) si



se arriesgó a litigar un caso del que se desprendía *prima facie* la negligencia, *Pérez Cruz v. Hosp. La Concepción*, 115 D.P.R. 721 (1984); (5) si niega un hecho que le consta que es cierto, *Abreu Román v. Rivera Santos*, 92 D.P.R. 325 (1965). En estos casos, el litigante perdidoso "[d]ebe asumir, pues, la responsabilidad por sus actos". Véase el catálogo de causas que antecede en *Fernández v. San Juan Cement Co.*, 118 D.P.R., a la pág. 719.

Una vez el Tribunal de Primera Instancia determina que una parte incurrió en conducta temeraria, procede la imposición de los honorarios de abogado a favor de la otra parte. *P.R. Oil Co., Inc. v. Dayco Prod., Inc.*, 164 D.P.R. 486, 511 (2005); *Jarra Corp. v. Axxis Corp.*, 155 D.P.R. a la pág. 779.

Para discernir cuál es la cuantía apropiada a imponer por la temeridad, el Tribunal Supremo ha identificado algunos criterios: la naturaleza del litigio, las cuestiones de derecho planteadas, la cuantía en controversia, el tiempo invertido, los esfuerzos y actividad profesional que hayan tenido que desplegarse, y la habilidad y reputación de los abogados. En todo caso, el grado o intensidad de la conducta temeraria o frívola es el criterio o factor determinante y crítico. *Corpak, Art Printing v. Ramallo Brothers*, 125 D.P.R. 724, 738 (1990.)

A su vez, la concesión de honorarios de abogado a favor de una parte es una sanción adjudicativa que procura disuadir la temeridad en la atención de los pleitos en el foro judicial. La fijación de la cuantía por los daños probados, así como la imposición de honorarios de abogado descansan en la sana discreción del foro sentenciador o de la agencia. *P.R. Oil Co., Inc. v. Dayco Prod., Inc.*, 164 D.P.R., en la pág. 511; *Montañez Cruz v. Metropolitan Cons. Corp.*, 87 D.P.R. 38, 40 (1962). Esas determinaciones no serán alteradas por los tribunales apelativos, salvo que medie abuso de discreción o no sean proporcionadas a las circunstancias del caso. *Quiñones v. San Rafael Estates*, 143 D.P.R. 756, 777 (1997).

Como foro apelativo, debemos deferencia a la determinación de temeridad hecha por el foro apelado y no podemos variar la cuantía impuesta, a menos que la cantidad sea excesiva, exigua o constituya un claro abuso de discreción. *Ramírez v. Club Cala de Palmas*, 123 D.P.R. a la pág. 350.

- B -

En el caso de autos se impuso mediante la sentencia una cuantía de honorarios de abogados por temeridad de \$3,000.00. Sin embargo, no existe en el expediente cuestión de hecho alguna, determinada por el tribunal, que sirva de fundamento a esa decisión.

Tal parece ser que esa cuantía se le impuso a la apelante por el solo hecho de no haber prevalecido en su reclamación. La parte apelada admite que el tribunal no expresó en qué basó su determinación, aunque tiene sus propias teorías respecto a qué pudo haber llevado el tribunal a esa determinación.

Lo cierto es que, en ausencia de una determinación de hecho que nos permita concluir que la apelante fue temeraria o contumaz en la litigación del pleito, esta cuantía no procede. Ante esas circunstancias procede dejar sin efecto esa imposición. Claro está, esto no impide que la apelada recobre los gastos y costas que le ocasionó esta demanda.

V.

Por los fundamentos expresados, modificamos la sentencia apelada a los únicos efectos de eliminar la imposición de \$3,000.00 de honorarios por temeridad. Así modificada, se confirma.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

LCDA. LILIA M. OQUENDO SOLÍS  
Secretaria del Tribunal de Apelaciones