

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN  
PANEL I

NATASHIA L. VÉLEZ  
QUIÑONES, por sí y en  
representación de AWILDA  
QUIÑONES ORTIZ; LUIS E.  
ACEVEDO RISO

Apelados

V.

CENTRO MÉDICO DEL  
TURABO, INC.

Apelante

KLAN201800257

KLCE201800290

APELACION  
procedente del  
Tribunal de Primera  
Instancia, Sala de  
San Juan

Caso núm.:  
K DP2016-0001

Sobre:  
Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez Ramírez Nazario, la Jueza Surén Fuentes y el Juez Candelaria Rosa

Surén Fuentes, Juez Ponente

**SENTENCIA**

En San Juan, Puerto Rico, a 28 de junio de 2019.

Centro Médico del Turabo, Inc. h/n/c HIMA San Pablo Bayamón e HIMA San Pablo Cupey (CMT o Apelante) compareció ante nos mediante dos recursos, una apelación y un *certiorari*, los cuales consolidamos. Solicitó que revocáramos la Sentencia Enmendada dictada por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan (TPI), mediante la cual, se declaró con lugar gran parte de la Demanda sobre daños y perjuicios por impericia médica, instada contra CMT. El Apelante también nos solicitó la revocación de la Resolución en la cual el TPI autorizó, con ciertas aclaraciones, el Memorando de Costas de la parte demandante de epígrafe.

Contamos con el alegato en oposición de la parte apelada, el alegato suplementario de CMT y un voluminoso expediente que incluye la transcripción del juicio y los autos originales, con cuyo beneficio procedemos a resolver.

## I.

Este caso tiene origen en el trágico cuadro clínico que culminó con el deceso de Awilda Quiñones Ortiz (paciente). El 4 de enero de 2016, Natashia Vélez Quiñones (Natashia), hija de la paciente, y su esposo, Luis E. Acevedo Riso (demandantes o Apelada) instaron su Demanda sobre daños y perjuicios por impericia médica en contra de CMT. Luego, enmendaron la Demanda a los efectos, *inter alia*, de consignar el fallecimiento de la paciente.

Los hechos relevantes y pertinentes al caso constan de manera puntual en las Determinaciones de Hechos que el TPI hizo en el dictamen aquí apelado. Más adelante las incorporamos a la presente Sentencia.

El TPI celebró juicio del 14 de septiembre al 30 de noviembre de 2017. Las siguientes personas ofrecieron sus testimonios.

**Por los demandantes:**

- Dra. Lumarie Rivera Pérez, patólogo anatómica y clínica<sup>1</sup>
- Dr. Antonio Álvarez Berdecía, neurocirujano con subespecialidad en neurocirugía pediátrica<sup>2</sup>
- Dr. Juan Rosado Matos, perito en medicina interna y geriatría<sup>3</sup>
- Natashia Vélez Quiñones, hija de la paciente, demandante<sup>4</sup>
- Luis Acevedo, esposo de Natashia, demandante<sup>5</sup>

**Por CMT:**

- Dr. Raymond Sepúlveda Serra, director médico del Hospital HIMA San Pablo<sup>6</sup>
- Aimette Berríos, trabajadora social y planificadora de alta<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> Transcripción, 14 de septiembre de 2017, págs. 33-80.

<sup>2</sup> Id., págs. 87-247.

<sup>3</sup> Id., págs. 248-315; Transcripción, 15 de septiembre de 2017, págs. 8-272.

<sup>4</sup> Transcripción, 27 de noviembre de 2017, págs. 12-236; 28 de noviembre de 2017, págs. 6-387; 29 de noviembre de 2017, págs. 7-85.

<sup>5</sup> Transcripción, 29 de noviembre de 2017, págs. 86-169.

<sup>6</sup> Id., págs. 193-314.

<sup>7</sup> Id., págs. 322-388; 30 de noviembre de 2017, págs. 17-97.

- Dr. José Carlo Izquierdo, perito en medicina interna y neurología<sup>8</sup>

La prueba documental consistió de lo siguiente:<sup>9</sup>

- Exhibit 1 Estipulado-Récord Médico de la paciente, HIMA-San Pablo, Bayamón y Cupey
- Exhibits de los demandantes:
  - 1 Protocolo de autopsia y anejo Death Summary
  - 2 Curriculum Vitae del Dr. Antonio Álvarez Berdecía
  - 3 Informe Pericial del Dr. Álvarez
  - 4 Curriculum Vitae del Dr. Juan Rosado Matos
  - 5 Informe Pericial del Dr. Rosado
  - 6 Carta de 21 de junio de 2017 de CMSA Center
  - 7 Factura de HIMA San Pablo Cupey
  - 8 (A-T) Fotografías
  - 8v-8nn 19 fotografías
  - 9 Factura
  - 10 Video
- CMT ofreció literatura médica, lo cual no fue aceptado por el TPI.

Considerado todo lo anteriormente indicado, el 8 de enero de 2018, el TPI dictó Sentencia declarando Ha Lugar la Demanda, en cuanto a la causa de acción heredada por sufrimientos y angustias mentales de la paciente, más el pago de gastos médicos, pero resolvió que estaba prescrita la causa de acción sobre daños por impericia médica. El foro primario también declaró Ha Lugar el reclamo de daños por incidentes con el personal administrativo, a la vez que condenó a CMT a pagar \$10,000 por honorarios por temeridad. Igualmente, debido a que la Apelada se allanó a la Reconvención del Apelante, el Tribunal declaró Ha Lugar la referida

---

<sup>8</sup> Transcripción, 30 de noviembre de 2017, págs. 131-293.

<sup>9</sup> Minutas del Juicio, Autos Originales, págs. 769, 842 al dorso, 843.

solicitud y le concedió los gastos médicos no cubiertos por el plan médico.<sup>10</sup>

Ambas partes solicitaron reconsideración y respectivamente presentaron escritos de réplica y oposición. CMT también solicitó enmiendas y determinaciones fácticas adicionales. A su vez, la Apelada presentó su Memorando de Costas y CMT se opuso.<sup>11</sup>

Mediante Resolución de 8 de febrero de 2018, el TPI declaró No Ha Lugar la solicitud de reconsideración y enmiendas y determinaciones adicionales de CMT. También declaró No Ha Lugar la mayoría de la solicitud de reconsideración de la Apelada. No obstante, el foro primario reconsideró y enmendó su dictamen a los fines de establecer que no estaban prescritas las causas de acción sobre los daños producidos en HIMA San Pablo-Cupey; además, corrigió las fechas de los hechos 88, 89 y 90.<sup>12</sup>

En la misma fecha, el TPI dictó y notificó su Sentencia Enmendada, en la cual, reiteró su Sentencia anterior, pero enmendó su dictamen previo, a los fines de conceder los daños sufridos en HIMA-San Pablo, Cupey, pues estos no habían prescrito. El foro sentenciador declaró ha lugar la causa de acción heredada, por lo que condenó a CMT pagar \$2,537,500.00, por los sufrimientos y las angustias mentales de la fenecida, más \$1,081,503.55 por gastos médicos. Declaró no ha lugar la causa sobre sufrimientos y angustias mentales por impericia médica causados en HIMA San Pablo-Bayamón, debido a que prescribió. Declaró Ha Lugar la causa sobre sufrimientos y angustias mentales por impericia médica generada en HIMA San Pablo-Cupey, por lo que se condenó a CMT pagar \$90,000.00 a la Sra. Vélez y \$35,000.00 al Sr. Acevedo.

---

<sup>10</sup> Apéndice del recurso, págs. 608-644.

<sup>11</sup> Id., págs. 645-647, 650-659, 661-687 y 691-716.

<sup>12</sup> Id., págs. 717-721.

También se concedió la acción sobre los daños causados por los incidentes con el personal administrativo, por lo que CMT tendrá que pagarle \$5,000 a la Sra. Vélez y \$2,500 al Sr. Acevedo. Sin embargo, el TPI rechazó el reclamo independiente del Sr. Acevedo sobre daños por incidentes con el personal administrativo. Por último, el Tribunal condenó a CMT al pago de \$10,000 de honorarios por temeridad. A su vez, y debido a que la Apelada se allanó durante el juicio,<sup>13</sup> el Tribunal declaró Ha Lugar la Reconvención de CMT reclamando el cobro de \$394,748.56 por servicios médicos no cubiertos por el plan médico de la fenecida.<sup>14</sup>

Por la abundante y pertinente información contenida en las Determinaciones de Hechos de la Sentencia Enmendada aquí apelada, a continuación, las incorporamos *in toto*.<sup>15</sup>

1. La Sra. Natasha L. Vélez es mayor de edad, casada, hija única, residente en Bayamón, Puerto Rico, y tutora legal de quien fuera la Sra. Awilda Quiñones Ortiz.
2. El Sr. Luis E. Acevedo Riso es mayor de edad, casado con Natasha L. Vélez y residente de Bayamón, Puerto Rico.
3. La Sra. Awilda Quiñones Ortiz (Q.E.P.D) a la fecha de la presentación de la Demanda, se encontraba hospitalizada en el Hospital HIMA San Pablo, de Cupey.
4. La demandada Centro Médico del Turabo, Inc., es una entidad y/o corporación organizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El Centro Médico del Turabo, Inc., opera los hospitales HIMA San Pablo-Cupey e HIMA San Pablo-Bayamón, donde la Sra. Awilda Quiñones recibió atención médica.
5. Allá para el 16 de abril de 2014, a su llegada a la Sala de Emergencias del Hospital HIMA San Pablo-Bayamón, Awilda Quiñones se encontraba letárgica, hipotensa, con infección y fue atendida por el Internista Dr. Raúl Meléndez, quien admitió a la paciente bajo sus servicios con un diagnóstico de *shock*, estado mental alterado, urosepsis y UTI (*urinary track infections*). La paciente no tuvo participación alguna en la selección de este médico ni de ningún otro para la prestación de los servicios recibidos.
6. La paciente, quien a esa fecha ya sufría de *diabetes mellitus*, fue consultada con el servicio de neurología, enfermedades infecciosas y endocrinología.

---

<sup>13</sup> Véase nota al calce 2 en la Sentencia Enmendada, Apéndice del recurso, pág. 723.

<sup>14</sup> Apéndice del recurso, págs.722-257.

<sup>15</sup> Id., págs. 723-741; las determinaciones 1 al 67 son hechos no controvertidos, recogidos en la Resolución del TPI de 21 de julio de 2017.

7. Los laboratorios de la paciente dieron positivo a varias infecciones, para lo cual se administraron antibióticos de amplio espectro.
8. El 19 de abril de 2014, el Dr. Avilés hizo un diagnóstico de acidosis metabólica y emitió órdenes, de conformidad con el contenido del record médico.
9. La paciente recibió líquidos intravenosos.
10. El 20 de abril de 2014, se documentó un Estimado de Plan de Alta.
11. A la paciente se le realizaron gases arteriales el 21 de abril de 2014. El PH era 7.52, que el Pco2 era 32.7 y que el P02 era 115.9. Se discontinuó la orden de transferir la paciente a ICU.
12. Según surge de la nota de progreso del Dr. Meléndez del 22 de abril de 2014, la paciente se encontraba, "mejor" y se documentó que la "candiduria" estaba resuelta por análisis de orina.
13. Durante los días posteriores al 23 de abril de 2014, las órdenes médicas estuvieron relacionadas con la administración de insulina, consulta para colocación en una Unidad de Cuidado Diestro, realización de pruebas de laboratorio, y reemplazo de potasio y magnesio. Un análisis de orina realizado el 27 de abril tuvo un resultado de glóbulos blancos >100/HPF; bacteria *few*; *leukocytes: large*.
14. En la nota de progreso del Dr. Meléndez del 28 de abril de 2014, se documentó como parte del *assessment* que la paciente tenía, C-UTI still with pyuria awaiting foro new U/C.... En ese momento, el Dr. Meléndez escribió una orden médica de continuar a la paciente en *Invanz y Diflucan*.
15. Según las notas de enfermería, el 29 de abril de 2014, se le notificó al Dr. F. Ruiz (infectólogo) el resultado de un cultivo de orina (muestra tomada el 27 de abril de 2014) con 100,000 colonias de *Pseudomona aeruginosa* multi-resistente. Con esa información y según la nota de enfermería, el Dr. Ruiz "refiere pasar y evaluar a la paciente."
16. El 1 de mayo de 2014, Awilda fue evaluada por Neurología.
17. Awilda manifestó el 2 de mayo de 2014, "estoy bien" y el Dr. Meléndez documentó *encephalopathy with improvement...* . Por otro lado, un análisis de orina realizado ese día 2 de mayo de 2014, mostró glóbulos blancos: many; bacterias ocasionales; *leukocytes: moderate* y muchos *WBC clumps*.
18. El 5 de mayo de 2014, enfermería documentó haber notificado al Dr. Meléndez resultado de un cultivo de orina con 50,000 colonias de *Pseudomona auruginosa* multi-resistente. Tanto el 5 como el 6 de mayo de 2014, se ordenaron análisis de orina y cultivos de orina, y el 6 de mayo de 2014 se solicitó que el especialista en enfermedades infecciosas re-evaluara a la paciente. El infectólogo re-evaluó a la paciente ese día 6 de mayo de 2014, descontinuo la administración de *Amikin*.
19. El 6 de mayo de 2014, la paciente se describió como *today fully awake and following commands*.
20. El hemograma correspondiente al 8 de mayo de 2014, mostró glóbulos blancos en 1,170 con 40% neutrófilos, una hemoglobina en 8.1 gramos y unas plaquetas en 64,000, siendo notificado dicho resultado por enfermería al Dr. Meléndez a las 8:30am. En la nota de progreso del Dr. Meléndez correspondiente al 8 de mayo de 2014 (6:30pm), este documentó tener conocimiento del resultado del

hemograma, señalando que la leucopenia era preocupante. Tanto para la pancitopenia, como para la encefalopatía y los cambios mentales, el Dr. Meléndez comentó que tomó en consideración (RO) la posibilidad de que fueran condiciones inducidas por medicamento.

21. El viernes 9 de mayo de 2014, la nota de progreso del Dr. Meléndez fue escrita a la 1:00pm. En dicha nota de progreso se documenta que la paciente se encuentra soñolienta, que se podía despertar, pero que no podía mantener los ojos abiertos. El Dr. Meléndez documentó en su nota de progreso solamente el signo vital de una presión arterial de 154/87 mmHg. Sus órdenes médicas consistieron en una orden para realizar una tomografía computadorizada, un electroencefalograma, una reevaluación por la Dra. Guevara (Neurología) y un análisis y cultivo de orina, a ser realizados en el momento.

22. A la paciente se le ordenaron gases arteriales el 9 de mayo de 2014, por orden telefónica del Dr. Raúl Meléndez, quien también ordenó la colocación de oxígeno por cánula nasal, a razón de 3 litros por minuto a las 3:00pm. A las 5:00pm ordenó realizar ABG's una hora después de NC (Nasal Cánula), y escribió orden de notificar consulta al Hematólogo-Oncólogo, mantener la cabeza elevada a 30 grados, un CBC, CMP (Panel Comprensivo Metabólico) y mantener a la paciente en nada por boca.

23. La paciente tuvo un evento de hipotensión (baja de presión arterial), en la que su presión descendió a 75/40. La nota de enfermería de 10 de mayo de 2014, a las 9:00am, documenta: "Paciente con presiones bajas 75/40, se llama a Dr. Avilés para notificarle y para indicarle los ABG's. Dr. Avilés indica aumentar Intropin bajando a 20ml/hr. Dr. Avilés pasa a evaluarla".

24. El 10 de mayo de 2014, a las 11 :40am, la nota de Anestesiología indica: *Preventive intubation by Dr. Avilés order.*

25. A las 8:30pm de ese viernes 9 de mayo de 2014, enfermería documentó en el expediente, "paciente se observa desorientada, con movimientos involuntarios en ambos brazos, ésta no responde al llamado, pero sí al dolor. Paciente presenta ambas pupilas dilatadas, médico tiene conocimiento".

26. A esa hora (8:30pm) el Dr. Meléndez dio una orden telefónica para administración de *Intropin 400mg/250 D/W*, a razón de 13 ml/hora. A las 10:40pm el Dr. Meléndez, habiendo sido informado del resultado el análisis de gases arteriales, dio otra orden telefónica, en esta ocasión de un *Venturi mask 35%*, 1,000 cc solución salina a razón de 83cc/hora, para continuar a razón de 50cc/hora y un análisis de gases arteriales a ser realizados en la mañana del próximo día.

27. En esa fecha de viernes, 9 de mayo de 2014, Awilda sufrió daño neurológico irreversible que le mantuvo en estado vegetativo permanente<sup>16</sup>.

28. El sábado 10 de mayo de 2014, el Dr. Avilés, habiendo sido notificado del resultado del análisis de gases arteriales, dio una orden telefónica a las 7:05am para la colocación de un *Venturi mask*

---

<sup>16</sup> Este hecho fue recogido como no controvertido, pues así se alegó en la Demanda Enmendada y así lo aceptó el demandado en su contestación. Sin embargo, como surgirá más adelante, durante el desfile de prueba ambas partes estuvieron de acuerdo en que la paciente no quedó en estado vegetativo permanente durante el incidente del 9 de mayo de 2014, [sino] durante un segundo incidente sufrido en una fecha posterior.

50% y la realización de un análisis de gases arteriales en 30 minutos. Según surge del expediente médico, enfermería documentó a las 9:00am, "pt. Con presiones bajas 75/40, se llama al Dr. Avilés para notificarle y para indicarle los ABG's. Dr. Avilés indica aumentar el *Intropin* a 20/ml/h. Dr. Avilés pasa a evaluarla". Justo arriba de esa nota de enfermería, se documenta un trazado del monitor, el cual evidencia a las 7:33am un ritmo sinusal, a razón de 87 latidos/minutos.

29. El 10 de mayo de 2014 a las 10:45am, el Dr. Avilés dio una orden telefónica para comenzar a la paciente en BiPAP a 40%, repetir los ABG's en 30 minutos y un "fluid challenge" de 250ml de normal salina al 0.9%.

30. Una hoja correspondiente a *Récord Código de Respuesta Rápida* del 10 de mayo de 2014, (11:23am) documentó que la paciente se encontraba hipotensa, estuporosa y que el Dr. Avilés había ordenado entubar a la paciente. Lo próximo documentado por enfermería fue a las 11:00am, cuando se anotó, "[s]e procede a entubar pt, colocarle *Levophed* y un CME 3 ml/h. Se toman muestras ordenadas y se procede a transferir para RICU (620). Se entrega a la 1:20pm a Miss. Carrión".

31. El Dr. Avilés documentó en el expediente médico (11:35am) una nota de transferencia, la cual es esencialmente ilegible, pero que parece comenzar con, *Mrs. Quiñones was found unresponsive w gasping...*

32. Las órdenes de transferencia a la Unidad de Intensivo fueron escritas por el Dr. Avilés a las 11:10am.

33. No hubo órdenes médicas para la medición regular de los niveles de azúcar.

34. Los diagnósticos documentados en las órdenes de transferencia fueron los de *shock* séptico y la paciente en ventilación mecánica. Por otro lado, Anestesia documentó el proceso de entubación a las 11:40am, anotándose, "Preventive intubation by Dr. Avilés order ...".

35. La paciente se transfirió a la unidad de RICU (Respiratory Intensive Care Unit) en *shock* séptico y ventilación mecánica.

36. El día 10 de mayo de 2014, la paciente fue evaluada por el servicio de enfermedades infecciosas y el 11 de mayo de 2014, fue evaluada por neumología, quienes describieron a la paciente con un cuadro de *shock* séptico.

37. Una radiografía de tórax mostró una opacidad, por lo cual se sospechaba pulmonía. El Dr. Meléndez documentó dicho diagnóstico en su nota de progreso correspondiente al 12 de mayo de 2014. Mientras tanto, los resultados de los cultivos de esputo obtenidos reflejaron el crecimiento de abundante *Pseudomona aeruginosa* multi-resistente y el cultivo de orina mostró crecimiento de *Acinetobacter baumannii* (80,000 colonias) multi-resistente.

38. El 12 de mayo de 2014, la neuróloga Dra. Guevara re-evaluó a la paciente.

39. La paciente se mantuvo en una situación clínica crítica durante los próximos días requiriéndose la utilización de vasopresores. Además, el descontrol de los niveles de la azúcar en sangre requirió la administración de insulina regular por vía intravenosa.

40. Debido a la resistencia de elevación en la temperatura corporal, el 14 de mayo de 2014, se realizó un cambio en los antibióticos, discontinuándose el *Merem*, y se comenzó la administración de *Vancocin* y *Tygacyl*. Un cultivo de esputo (muestra obtenida el 16 de mayo y reportado el 19 de mayo de 2014) fue positivo a crecimiento



abundante de *Acinetobacter Baumannii* y algún crecimiento de *Pseudomona Aeruginosa*. Ambas bacterias eran multi-resistentes.

41. El 21 de mayo de 2014, se realizó otro cambio de antibióticos, descontinuándose la administración de *Amikin*, *Invanz*, *Vancocin* y *Tygacyl*, y ordenándose la administración de *Polymucin B*. Otra muestra de esputo (obtenida el 20 de mayo y reportado el 22 de mayo de 2014) fue positivo a crecimiento de *Pseudomona Aeruginosa* (abundante) y *Acinetobacter Baunannii* (moderado). Una vez más, las bacterias identificadas eran multi-resistentes.

42. La paciente tuvo una baja significativa de los niveles de hemoglobina y plaquetas, requiriéndose la transfusión de células rojas y de plaquetas.

43. El 28 de mayo de 2014, el neumólogo comenzó el proceso de retirar el ventilador mecánico ordenando una prueba de CPAP a las 4:00pm. El próximo día dio una orden telefónica a las 5:00pm, para proceder y retirar el tubo endotraqueal. La paciente toleró dicho procedimiento.

44. El 1 de junio de 2014, alrededor de las 9:10am, la paciente desarrollo un paro cardio-respiratorio, por lo cual fue entubada y requirió medidas de resucitación cardiopulmonar.

45. El 9 de junio de 2014, el Dr. Meléndez escribió una orden médica a los efectos de no instituir esfuerzos de reanimación, en caso de que la paciente sufriera un paro cardio-respiratorio (DNR, por sus siglas en inglés).

46. Según surge del expediente médico, la estadía de Awilda en el Hospital HIMA San Pablo-Bayamón desde ese entonces, hasta el momento del traslado a HIMA San Pablo-Cupey el 11 de abril de 2015, se caracterizó por infecciones recurrentes, causadas por bacterias multi-resistentes (un mínimo de 18 cultivos positivos de orina, esputo y catéter periférico) y la obligada administración por largos periodos de tiempo de antibióticos de amplio espectro.

47. Otro cuadro clínico de sepsis ocurrió a finales de enero de 2015, esta vez asociado a una infección de orina producida por *Klebsiella Pneumoniae* multi-resistente. Además, Awilda tuvo descontrol en los niveles de la azúcar en sangre en múltiples ocasiones, requiriéndose la administración de insulina por vía intravenosa de manera continua.

48. También surge del expediente médico; 10. Infección del tracto urinario complicada; 11: Anemia; 12. Arresto cardio-respiratorio, y 13. Convulsiones.

49. Surge del expediente médico a lo largo de la estadía de la paciente en el Hospital HIMA San Pablo-Bayamón una serie de notas e intervenciones suscritas por Trabajo Social, bajo el encabezamiento de "Seguimiento Plan de Alta". A modo de ejemplo, el 11 de junio de 2014, se escribió una nota bajo el título de "Planificación de Alta y Trabajo social", documentándose una "intervención biopsicosocial con familiares de pte...", en la cual se orientó sobre el proceso de planificación de alta y la importancia que dentro los procesos haya cooperación de parte de los familiares.

50. De las notas de Trabajo Social y de las notas de progreso del Dr. Meléndez, surge la situación en la cual Natashia (hija única de Awilda) manifestaba su preferencia de la retirada del tratamiento médico de apoyo y el procedimiento legal llevado a los tribunales. A esos efectos, el Dr. Meléndez escribió una nota el 18 de junio de 2014, en la cual estableció que la paciente se encontraba críticamente enferma y con un pronóstico muy pobre, así como la

solicitud de la hija, en cuanto a su deseo de que se descontinuara el uso del ventilador mecánico. Según otra nota de Trabajo Social, la hija de la paciente "no interesa que prolongar más la vida artificialmente".

51. La demandante acudió al Tribunal de Primera Instancia de Bayamón a solicitar una Orden para detener toda medida de resucitación y/o prolongación de vida a su madre.

52. El 7 de agosto de 2014, el Dr. Meléndez documentó en su nota de progreso que la decisión del Tribunal Apelativo había sido a favor del Hospital, por lo que se procederá con la realización de la traqueotomía y la gastrostomía. Así se hizo, realizándose la traqueotomía el 12 de agosto de 2014 y el siguiente 15 de agosto se le colocó a la paciente una gastrostomía. Así las cosas, Trabajo Social documentó el 21 de agosto de 2014, que el caso había sido discutido con el Dr. Meléndez, quien había recomendado servicios de Hospicio al momento del alta de la paciente.

53. Las próximas intervenciones de Trabajo Social fueron a los efectos de identificar a que institución se podría enviar a la paciente.

54. El 10 de septiembre de 2014, se celebró una vista en la sala de investigaciones de Bayamón, en relación a una Ley 140. En la misma el Juez Elmer Rodríguez Díaz decidió que el Departamento de la Familia ubicaría la paciente en un hogar, y se le concedió tutela provisional a la hija Natashia Vélez.

55. Hacia el mes de octubre de 2014, el Departamento de la Familia se comunicó con la oficina de Trabajo Social del Hospital HIMA San Pablo, informando que se habían hecho múltiples gestiones en la búsqueda de un hogar para la paciente y "ninguno llena las expectativas del caso".

56. Posteriormente, el 10 de octubre de 2014, Trabajo Social del Hospital HIMA San Pablo Bayamón, presentó una Moción Informativa, con el propósito de notificar que el Departamento de la Familia no había cumplido con la orden emitida por el Tribunal para la ubicación de la paciente en un hogar de cuidado.

57. El Departamento de Familia presentó una solicitud de desestimación, arguyendo que no procedía la aplicación de la Ley 140 en este caso.

58. El 9 de enero de 2015, Trabajo Social documentó que el "DNR Clínico/Médico es recomendado x el médico a paciente cuando entienda todo tratamiento ofrecer es fútil...". La nota también documentó que la hija de la paciente, "continúa combativa".

59. El 17 de enero de 2015, la paciente sufrió un paro radio-respiratorio y se activó el código verde en el hospital.

60. Un "Medical DNR" fue firmado finalmente el 5 de febrero de 2015. En una extensa nota de progreso (dos páginas), el Dr. Meléndez explica que la paciente había desarrollado fallo respiratorio, aun recibiendo tratamiento adecuado; que la paciente había tenido una prolongada hospitalización con múltiples complicaciones médicas, incluyendo sepsis y *shock*; que la paciente tenía un estado persistente vegetativo un pronóstico muy pobre y daño neurológico irreversible; que la paciente estaba en ese momento dependiente crónicamente del ventilador mecánico; que la paciente había sufrido un arresto cardíaco recientemente y, finalmente, que la hija estaba de acuerdo *to avoid further futil (sic) treatment*.

61. Durante el mes de marzo de 2015, existe amplia documentación de Trabajo Social en el expediente médico, en cuanto a los planes de alta y la ubicación de la paciente por parte del Departamento de la Familia. El 6 de abril de 2015, se documenta en la nota de Trabajo Social que el Dr. Meléndez trae la alternativa de "posible *transfer* a Hospital San Gerardo (HIMA San Pablo- Cupey) para cuidado y atención de paciente, en lo que el Departamento de la Familia trabaja ubicación".

62. Tras varios meses intentando transferir a la paciente fuera de sus facilidades hospitalarias en Bayamón, funcionarios de la parte demandada lograron convencer a Natasha de que su mamá recibiría mejor tratamiento en las facilidades de HIMA San Pablo Cupey. A esos fines, el sábado 11 de abril de 2015, finalmente la paciente fue transferida. El Dr. Meléndez documentó en su nota de progreso que la paciente estaba termodinámicamente estable, tenía los niveles de azúcar controlados y una saturación de oxígeno adecuada.

63. La demandante supo desde el 9 de mayo de 2014, que su madre había sufrido daño cerebral irreversible y permanente.

64. Allá para febrero de 2015, Vélez Quiñones solicitó a CMT copia del record médico de su mamá.

65. Al no recibir por parte de CMT el record solicitado, Vélez Quiñones se vio obligada a pedir una orden judicial. Dicha orden fue dictada el 5 de marzo de 2015. En ella, el Tribunal ordenó a CMT entregar copia del record en cuestión dentro del término de 30 días, contados a partir de la fecha de la orden.

66. La Demanda se presentó el 4 de enero de 2016.

67. El 17 de febrero de 2017, Awilda falleció.

68. La Dra. Lumarie Rivera López, médico en Patología Anatómica y Clínica, realizó la autopsia al cadáver de Awilda Quiñones Ortiz y rindió un Informe sobre Protocolo de Autopsia. Para llegar a sus conclusiones en el Informe, además de examinar el cadáver, la patóloga tuvo el beneficio de entrevistar a familiares, así como de revisar el *Death Summary* que hizo un médico de HIMA San Pablo-Cupey.<sup>17</sup>

69. El Protocolo de Autopsia realizada al cadáver de Awilda Quiñones Ortiz recoge los siguientes hallazgos:

1. *Encefalopatía hipóxica difusa*

(a) *Infarto isquémico multifocal antiguo/ área parietofrontal bilateral*

(b) *Hidrocefalia ex vacuo*

(c) *Atrofia cerebral*

2. *Sepsis*

(a) *Neumonía de posible etiología viral*

(b) *Abscesos hepáticas*

(c) *Cistitis hemorrágica*

(d) *Úlcera de decúbito sacral*

(e) *Meningoencefalitis Linfocítica de posible etiología viral*

---

<sup>17</sup> Véase el Exhibit 1 de la parte demandante, el cual incluye como anejo el *Death Summary*.

3. *Fallo cardiaco agudo*

(a) *Cardiomegalia leve, 324g*

(b) *Edema agudo pulmonar moderado*

(c) *Siderófagos intraalveolares.*

(d) *Esplenomegalia, 406*

4. *Quiste simple/riñón izquierdo*

5. *Colelitiasis*

6. *Aterosclerosis moderada, coronarias*

7. *Traqueotomía y gastrostomía*

70. En lo pertinente a las alegaciones de la Demanda, el Informe de Autopsia recoge que la úlcera de decúbito era con exposición de hueso y que la causa de la muerte fue por fallo de multiórganos por sepsis de origen nosocomial,<sup>18</sup> secundario a estado persistente vegetativo por encefalopatía hipóxico- isquémica difusa.

71. El Dr. Antonio Álvarez Berdecía es perito en neurocirugía.<sup>19</sup> Éste tuvo la oportunidad de examinar a Awilda Quiñones Ortiz el día 12 de agosto de 2016, mientras aún estaba hospitalizada en HIMA San Pablo-Cupey. Con el beneficio de dicho examen y de ciertos períodos comprendidos en el record médico producido por los demandados<sup>20</sup>, el Dr. Álvarez Berdecía preparó un informe pericial que recoge sus opiniones, respecto al tratamiento brindado a la paciente por parte de los demandados y las consecuencias del mismo.<sup>21</sup>

72. El Dr. Álvarez Berdecía concluye que las úlceras que observó durante el examen físico a la paciente ocurrieron por falta de circulación a la piel por compresión continua. Durante su examen observó lo que el describe como una úlcera sacral. Explica el perito que la diabetes no es lo que causa una úlcera, [sino] la falta de circulación por la razón ya dicha, unido al pobre cuidado brindado al paciente y a una mala nutrición. También indica que si el paciente sufre de diabetes y, además, tiene una úlcera en la piel, hay riesgo de infección y el proceso de sanación es más lento. El perito adjudica la falta de cuidado en este caso tanto a los médicos, como a las enfermeras de CMT.

73. La úlcera sacral observada por el perito durante su examen a la paciente medía 13cms de largo por 8cms de ancho por 3.5cms de profundidad. Añade que una úlcera sacral grado 4, con exposición de hueso, como la que sufría ella, duele, si el paciente está alerta y orientado. A la fecha del examen, Awilda Quiñones Ortiz no estaba consciente.

74. Respecto al insulto ocurrido el 9 de mayo de 2014, el perito de la parte demandante indica que ella sufrió un evento de hipoxia del

---

<sup>18</sup> Es decir, de origen intrahospitalario.

<sup>19</sup>Las cualificaciones del perito en esta materia no fueron objetadas por la parte demandada. Sobre las cualificaciones, véase el Exhibit 2 de la demandante.

<sup>20</sup> La Sra. Awilda Quiñones Ortiz estuvo hospitalizada en HIMA-Bayamón del 16 de abril de 2014 al 11 de abril de 2015, y del 11 de abril de 2015 al 17 de febrero de 2017 (cuando la paciente falleció) en HIMA-Cupey. No obstante, el record médico del 2 de febrero de 2016 en adelante no fue producido por la parte demandada, [sino] hasta trece días antes del inicio de la Vista en su Fondo, por la que, a solicitud de la parte demandante, no fue permitida su presentación. Véase Minuta-Resolución, del 11 de septiembre de 2017. Como surge del expediente, dicho record fue solicitado por la parte demandante durante el descubrimiento de prueba.

<sup>21</sup> Véase el Exhibit 3 de la parte demandante.

que recuperó parcialmente. Concluye que de la paciente haber sido intubada y supervisada directamente, se hubiera evitado que sufriera encefalopatía hipóxica.

75. Posteriormente, la paciente tuvo una leve mejoría hasta el 1 de junio de 2014, cuando sufrió muerte cerebral permanente. En ese entonces la paciente tenía 50 años de edad. Concluye este perito que fue el estado vegetativo y la falta de cuidados a la paciente lo que causó su muerte a la edad de 52 años. Indica que la expectativa de vida de la mujer es de 82 a 84 años. Sin embargo, la expectativa de vida de una paciente en estado vegetativo se reduce entre dos a cinco años.

76. Sobre el incidente del 9 de mayo de 2014, el Dr. Álvarez Berdecía indica que el record demuestra que hubo hallazgos anormales que debían reportarse a los médicos, de lo que no hay ninguna evidencia. El personal no hizo nada, sino hasta el día siguiente, cuando los médicos del hospital tampoco la entubaron, lo que procedía hacer de inmediato. Haberla entubado un día después de que la paciente mostrara hallazgos anormales, se aparta de la mejor práctica de la medicina, concluye este perito.

77. Las actuaciones del Dr. Meléndez los días 9 y 10 de mayo de 2014, respecto al cuidado a la paciente, se apartaron de la mejor práctica de la medicina. Estas actuaciones causaron daños neurológicos a la paciente Awilda Quiñones Ortiz, también concluye el Dr. Álvarez Berdecía.

78. El Dr. Juan A. Rosado Matos, perito de la parte demandante en Medicina Interna y Geriatria<sup>22</sup> también rindió un informe pericial, luego de haber revisado el record médico durante los periodos indicados, entre otros documentos.<sup>23</sup>

79. De los records indicados, así como de los informes periciales presentados por la parte demandante, surge que al 16 de abril de 2014, la Sra. Awilda Quiñones Ortiz tenía 50 años de edad. En esa fecha fue llevada a la Sala de Emergencia de HIMA-Bayamón, donde le diagnosticaron una infección de orina. Además, estaba letárgica, hipotensa y presentaba úlceras de presión en el área de sacro (Estado II) y laceraciones en las piernas. La paciente, además, era diabética (dependiente de insulina). Fue brindado tratamiento para las condiciones anteriores, lo que dio lugar a que exámenes demostraran que la paciente iba mejorando con el transcurso de los días. La paciente fue diagnosticada con una encefalopatía metabólica.

80. El 9 de mayo de 2014, la paciente demostró signos vitales, sobre los cuales el Dr. Rosado Matos también indica en su informe que del record no surge que personal de enfermería hubiera realizado alguna llamada telefónica oportuna a médico alguno para notificar algún hallazgo o preocupación. A partir de la media noche del 8 de mayo de 2014, los signos vitales de la Sra. Quiñones Ortiz fueron los siguientes:

---

<sup>22</sup> Las cualificaciones del perito en esta materia no fueron objetadas por la parte demandante. Sobre las cualificaciones, véase el Exhibit 4 de la demandante.

<sup>23</sup> Véase el Exhibit 5 de la parte demandante.

Fecha	Hora	Temperatura	Pulso	Respiración	B/P
5/9/14	12 mm	35.4	70	18	100/60
5/9/17	4 am	35.5	56	19	100/70
5/9/14	8 am	35.5	155	20	No audible
5/9/14	1 pm	-----	----	---	154/87
5/9/14	3 pm	-----	44	14	126/84
5/9/14	4 pm	-----	40	22	100/80
5/9/14	8 pm	-----	42	22	90/40
5/9/14	10 pm	-----	----	---	100/70
5/10/14	12 mm	35	77	21	126/66
5/10/14	4 am	35	114	24	79/44
5/10/14	8 am	34.8	87	19	75/42

81. A la 1:00pm del 9 de mayo de 2014, el Dr. Meléndez (médico de cabecera) anotó que la paciente estaba somnolienta, que despertaba, pero no mantenía los ojos abiertos. La presión arterial era de 154/87. El médico ordenó realizar estudios en el momento ("ASAP"). Otras órdenes fueron dadas a las 3:00pm y 5:00pm, vía telefónica. También a las 5:00pm hay una orden escrita por el Dr. Meléndez sobre mantener a la paciente con cabeza elevada a 30 grados, lo que suele hacerse con un paciente que está en coma, indica el Dr. Rosado Matos.

82. De acuerdo al Dr. Rosado Matos, los laboratorios de orina realizados a la paciente desde que llegó al hospital demostraban que la infección iba empeorando. Al tratarse de una paciente con *diabetes mellitus*, se afectaron las defensas y la probabilidad de desarrollar sepsis aumentó.

83. Ni las enfermeras, ni el laboratorio del hospital notificaron al médico de cabecera los resultados de los laboratorios que mostraban que la infección de orina iba empeorando. De acuerdo al Dr. Rosado Matos, lo anterior constituye negligencia.

84. El record demuestra que la paciente tenía dos bacterias adquiridas en el hospital.

85. El record también demuestra que el 9 de mayo de 2014, el Dr. Meléndez puso una consulta a la neuróloga, a la 1:00pm. De acuerdo al Dr. Rosado Matos, lo que procedía era llamar a la neuróloga para que se presentara a examinar a la paciente.

86. A pesar de la presión arterial y de los vitales que muestran la tabla, los cuales no eran normales y reflejaban que la paciente "se estaba yendo", no fue [sino] hasta las 3:00pm que se activó la *Clave de Respuesta Rápida* para que especialistas acudieran de inmediato a evaluar a la paciente. Esto fue, dos horas después que el médico de cabecera la examinase. Dr. Meléndez, sin embargo, no se presentó cuando activaron la *Clave*.

87. En la noche del 9 de mayo de 2014, Dr. Meléndez ordenó gases arteriales a realizarse al día siguiente. No ordenó intubar a la paciente, ni que la trasladaran a Intensivo, lo que de acuerdo al Dr. Rosado Matos es impericia. De parte del Dr. Meléndez no hubo una acción clínica para atender una situación crítica. También concluye el perito que el Dr. Meléndez abandonó la paciente.

88. A las 7:00am del 10 de mayo de 2014, los gases arteriales tomados a la paciente demostraron que esta estaba críticamente hipóxica. No obstante, tampoco la intubaron en ese momento.

89. Lo ocurrido a la Sra. Awilda Quiñones Ortiz entre el 9 y 10 de mayo de 2014, fue un evento hipóxico que le causó daño cerebral.

90. No fue [sino] hasta las 11:23am del 10 de mayo de 2014, que luego de que alguien tirara otra *Clave de Respuesta Rápida*, el médico de turno que acudió (Dr. Avilés) fue quien ordenó transferir a la paciente a Intensivo con ventilación mecánica, sufriendo esta ya un *shock séptico*. En ese momento, el médico la describió *unresponsive and gasping*, lo que el Dr. Rosado describe como buscando aire, muriendo de asfixia.

91. Durante los días siguientes la paciente se deterioró neurológicamente. Luego, comenzó a mejorar y fue desentubada el 28 de mayo de 2014. No obstante, la noche del 31 de mayo se deterioró nuevamente, sufriendo un arresto al día siguiente.

92. A las 8:00am del 1 de junio de 2014, la paciente mostraba respiraciones anormales que implicaban que había que intubar. Sin embargo, la orden no se dio, [sino] hasta las 9:10am.

93. Al respecto, el record está huérfano de una clave de respuesta rápida; no se sabe que se hizo o se dejó de hacer, todo lo cual es contrario a la mejor práctica de la medicina, concluye el Dr. Rosado Matos.

94. A partir de ese momento, la paciente quedo en estado vegetativo permanente por causa de una encefalopatía anóxica. Coincidiendo con el Dr. Álvarez Berdecía, el Dr. Rosado Matos concluye que todo ello fue como consecuencia del mal manejo y cuidados brindados, los cuales se apartaron de la mejor práctica de la medicina.

95. La paciente desarrollo sepsis y úlceras, lo cual el Dr. Rosado Matos indica que estas no son condiciones inherentes al estado vegetativo, pues un paciente en esta condición que sea cuidado adecuadamente, no necesariamente va a desarrollar úlceras, como ocurrió en este caso.

96. Una vez la paciente fue aceptada por el Hospital HIMA San Pablo-Cupey, la paciente debió ser atendida por un endocrinólogo, lo que no ocurrió. Ello dio lugar a un manejo inadecuado de la diabetes de la paciente por parte del médico internista que el hospital encomendó para su cuidado, cuando acepto se transfiriera la paciente a sus facilidades.

97. El Dr. Rosado Matos concluye que en principio, al recibir la paciente, un internista podía hacerse cargo de ella, pues el record no indicaba que la diabetes que sufría la paciente fuera una condición de manejo difícil. Sin embargo, una vez la paciente comenzó a complicarse por causa de esa condición, el hospital debió trasladarla, pues no contaba con las herramientas para tratarla.

98. De acuerdo al perito, durante el periodo del 11 de febrero de 2015 al 1 de abril de 2016, el record demuestra que la paciente no estaba en condiciones de ser dada de alta, por lo que cualquier gestión con ese fin no era consistente con la condición de salud que la paciente presentaba.

99. El record demuestra que para octubre del 2015, la paciente presentaba hipotermia, por lo que en cuatro ocasiones fue ordenado que se supliera a la paciente con una manta térmica. La falta de atención de la enfermera graduada a esa orden médica demuestra dejadez, concluye el perito.

100. Para el 26 de noviembre de 2015, la úlcera de decúbito que sufría la paciente se había resuelto, según el record médico. Sin embargo, para el 12 de agosto de 2016, la paciente volvía a sufrir la misma, pero en esa fecha ya estaba en estadio IV, que implica que es profunda; que ha llegado al músculo; que tiene hueso expuesto; y, que es foco de infección. El Dr. Rosado Matos indica que lo anterior es sinónimo de pobre cuidado al paciente.

101. El record médico admitido en evidencia muestra todas las veces que la paciente era cambiada de posición por parte del personal de HIMA San Pablo-Cupey del 11 de abril de 2015, al 1 de febrero de 2016. Varias de las fotos admitidas en evidencia que muestran las úlceras que desarrolló la paciente y que la prueba pericial de la demandante concluye ocurrieron ante la falta de cuidado adecuado son posteriores a estas notas del record.

102. Vélez Quiñones, por su parte, testificó que siempre mantuvo una estrecha relación con su madre. Siendo hija única, considera que siempre fue la luz de los ojos de sus padres, quienes aunque nunca se casaron, convivieron juntos por muchos años. Incluso, durante los años de hospitalización de la paciente, el padre de Vélez Quiñones siempre estuvo en comunicación para conocer del estado de salud de la madre de esta.

103. Para la fecha en que la paciente entró a HIMA San Pablo-Bayamón, Vélez Quiñones llevaba cerca de siete años residiendo fuera del hogar materna. No obstante, la comunicación entre ambas era constante. Durante los últimos tres años, previa a dicha hospitalización, Vélez Quiñones y su madre solían compartir todos los fines de semana.

104. El día de la hospitalización (16 de abril de 2014), la paciente se veía en mal estado de salud, dado la infección de orina que le aquejaba. A medida que pasaron los días, su condición fue mejorando. Sin embargo, al entrar el mes de mayo, la paciente comenzó a decaer, nuevamente, sostiene Vélez Quiñones. Explica que su madre dormía mucho y no se alimentaba.

105. En la madrugada del 10 de mayo de 2014, Vélez Quiñones observó a su madre levantar los brazos en alto. Enfermeras que acudieron a la habitación a solicitud de Vélez Quiñones le indicaron que se trataba de movimientos involuntarios. En ese momento pensó que algo pasaba con su mamá.

106. Vélez Quiñones observó como el personal entraba y salía de la habitación, incluyendo el médico de guardia (Dr. Avilés), a quien ella describe lo veía "ajorado". Este le informó que entubarían a su madre preventivamente y la trasladarían a *Intensivo*. Desde esa fecha, Vélez Quiñones no tuvo ninguna otra comunicación con su madre.

107. El Dr. Meléndez le explicó a Vélez Quiñones que su madre había sufrido un arresto con daño irreversible.

108. El 1 de junio de 2014, cuando Vélez Quiñones llegó en la noche al hospital, fue informada por los médicos de HIMA San Pablo-Bayamón que su mamá había sufrido otro arresto respiratorio, por lo que fue nuevamente intubada. Además, le explicaron que la paciente había sufrido una encefalopatía hipóxica, que estaba en estado vegetativo persistente y que no volvería a caminar, ni hablar,



y que no tendrá una mejoría significativa, lo que le preocupó. La demandante sostiene que en ese momento no le fue informado que había causado lo anterior a su mamá.

109. Vélez Quiñones sostiene que no fue, [sino] hasta luego que recibió el record médico de su madre, que advino en conocimiento de que la razón por la cual la paciente quedó en estado vegetal permanente, luego del incidente del 9 de junio de 2014, fue porque el demandado incurrió en mala práctica de la medicina al brindar tratamiento médico a su madre.<sup>24</sup> Expresamente indicó Vélez Quiñones que para cuando solicitó el record, desconocía que había causado a su madre los daños que esta sufría.

110. El Dr. Meléndez informó a Vélez Quiñones que el estado de su mamá era irreversible y le orientó para que le retirara el tratamiento, advirtiéndole que, de hacerlo, su madre podía fallecer.

111. Para Vélez Quiñones fue una decisión muy difícil que le tomó dos semanas ponderar. Dice que fue uno de los días más difíciles de su vida. Finalmente, solicitó al hospital que retirara el tratamiento a su madre. No obstante, el personal administrativo le indicó que no podía hacerlo; que debía solicitarlo a un tribunal. Una solicitud a tales efectos fue declarada no ha lugar.<sup>25</sup>

112. Vélez Quiñones indicó que, tal como le había informado el Dr. Meléndez, su mamá comenzó, entonces, un proceso de agonía. Luego de la traqueotomía realizada a la paciente, sus condiciones empeoraron, indica Vélez Quiñones. La paciente desarrolló úlceras en la piel y sufrió mucho problema respiratorio.

113. A partir de agosto de 2014, la parte demandada en varias ocasiones indicó a Vélez Quiñones que su mamá estaba de alta, aun cuando según ella, la paciente hubiera empeorado. Incluso, el demandado presentó ante el Tribunal una querrela para que se obligara al Departamento de la Familia reubicar a la paciente fuera de la institución.<sup>26</sup> El Tribunal ordenó a dicha agencia ubicar la

---

<sup>24</sup> Durante febrero de 2015, Vélez Quiñones solicitó en varias ocasiones copia del record médico de la paciente, sin lograr que el demandado la entregara. Eso la obligó a acudir al Tribunal y presentar la querrela Q-2015-91. El Tribunal ordenó, entonces, la entrega del record en o antes de 30 días. La orden fue notificada el 17 de marzo de 2015.

De otra parte, surge de otra querrela presentada el 19 de junio de 2014 (Q-14-342), la siguiente:

*Yo Natashia Vélez, mayor de edad, vecino(a) de Bayamón, bajo juramento presento la siguiente querrela:*

*Solicito hablar con el Honorable Juez, sobre la condición crítica en que se encuentra mi madre Awilda Quiñones Ortiz. Esta sería mi segunda vez que estoy aquí[,] ya que la primera vez fue para solicitar una ley 408[,] la cual era para mi madre.*

*Su condición con el tiempo empeoró y recientemente fue entubada y luego de 72 horas sufrió un paro respiratorio[,] la cual tuvieron que entubarla de nuevo, al su estado y/o condición está tan afectada cuando el médico (internista y neumólogo) nos indicaron que mami sufrió una encefalotopia(sic) anóxica que es que no recibió oxígeno por 2 minutos en este caso[,] la cual le causó daño cerebral severo. Al preguntarle al doctor si mami va a mejorar me indicó que el daño fue mucho. A parte de esto tiene otras complicaciones que simplemente no son reversibles. Son tantos detalles y lo único que puede(sic) hacer es abogar por ella y su calidad de vida.*

<sup>25</sup> Tomamos conocimiento judicial del caso *Natashia Vélez, Ex Parte*, DJV14-1028, en el Tribunal Superior de Bayamón, así como de la Sentencia del Tribunal de Apelaciones, KLAN2014-01111.

<sup>26</sup> Tomamos conocimiento judicial de la Querrela Q-14-493, instada el 5 de septiembre de 2014 por HIMA San Pablo-Bayamón. La misma lee:

paciente en un hogar en el que pudiera recibir "las atenciones que necesita las 24 horas del día".<sup>27</sup>

114. Así las cosas, el 11 de abril de 2015, la paciente fue trasladada a HIMA San Pablo-Cupey. El demandado informó a Vélez Quiñones que en esa institución la paciente estaría en mejores condiciones y que estaría en un *Skilled Nursing Facility*.<sup>28</sup>

115. Vélez Quiñones sostiene que luego del traslado, su mamá empeoró, deteriorándose significativamente. Indica que en el lugar su madre no recibía atención inmediata, siendo una paciente que requería atención 24/7. Desarrolló úlceras y tenía mal olor.

116. Mientras, ella continuaba trabajando con el Departamento de la Familia para lograr el traslado de su madre a un hogar. Incluso, trató de llevarla a una facilidad en Estados Unidos. El hospital HIMA San Pablo-Cupey, por su parte, hizo varios acercamientos a la demandante, directamente, con relación a que gestiones esta realizaba para sacar a su mamá de la institución.

117. Durante la estadía de la paciente en HIMA San Pablo-Cupey, Vélez Quiñones indica haber sufrido varios incidentes por causa del personal administrativo del hospital. Por ejemplo, se sintió hostigada por parte de la Trabajadora Social de esa institución por sus insistentes acercamientos para que reubicara a la paciente en otra institución. En otra ocasión, solicitó atención para su mamá, luego de observar una úlcera de gran tamaño. El demandado llama la Policía.<sup>29</sup>

118. En otra ocasión la demandante lloró al encontrar a su madre en un cuarto oscuro, hundida en el *matress*, "como chupada", por razón de que se habían tumbado los *brakers*. La demandante pidió ayuda, mientras un médico la miraba "con los brazos cruzados".

119. Otro día, el demandado presentó una solicitud de Intervención dentro del caso de tutela de la paciente.<sup>30</sup> En ella, imputó a Vélez Quiñones no estar cumpliendo con sus funciones como tutora. El Tribunal, entre otras cosas, expresó en minuta que el interventor

---

*Yo, Edda Reyes Herrero, Trabajadora Social Hima san Pablo, Bayamón, mayor de edad, vecino(a) de: Bayamón bajo juramenta presento la siguiente querrela:*

*La Sra. Awilda Quiñones de 50 años está admitida en nuestro Hospital desde 4/16/14 Pt se encuentra en estado vegetativo, no responde a estímulo, no se comunica, conectada a un ventilador mecánico dependiente en actividades del diario vivir, requiere asistencia 24 hrs, succión, terapia respiratoria. Pt divorciada, tiene una hija Natacha Vélez 25 años, trabaja. Pte recibe \$800.00 de los cuales se retienen \$400 por hogar seguro. Hija no puede costear una facilidad que pueda ofrecerle cuidados asistidos a su mamá. Visitó el Depto de la*

*Familia en 2 ocasiones y le notificaron no podían aceptar el caso de su mamá. El Hospital tiene que dar la pte de alta, va con servicios de Hospicio porque su pronóstico es reservado. Solicitamos de vuestro Tribunal nos atiendan esta petición para que las agencias pertinentes nos ofrezcan ayuda para cuidado de esta paciente con tantas necesidades.*

<sup>27</sup> Véase Orden dictada el 25 de septiembre de 2014, en el caso Q-2014-493.

<sup>28</sup> Centro de Enfermería Especializado.

<sup>29</sup> Tomamos conocimiento de la querrela número 2015-1262-2832 presentada en contra de Vélez Quiñones, de la cual el Tribunal concluyó que no se encontró causa probable.

<sup>30</sup> Tomamos conocimiento judicial del caso DEX2015-0111, presentado por Vélez Quiñones, en solicitud de declaración de incapacidad y nombramiento de tutor, respecto a la paciente.

trató de inducir a error al Tribunal al imputar a Vélez Quiñones que no ejercía sus funciones correctamente como tutora de la incapaz.<sup>31</sup>

120. Este incidente hizo sentir a Vélez Quiñones como una hija irresponsable.

121. Fotografías admitidas en evidencia muestran a la paciente durante su estadía en HIMA San Pablo-Bayamón e HIMA San Pablo-Cupey.<sup>32</sup> En ellas se aprecia lesiones en la piel de la paciente que la demandante indicó eran úlceras infectadas. También muestran algunos diferentes momentos en los que Vélez Quiñones encontraba a su madre con el tubo de alimentos desprendido, por lo que se ensuciaba la bata de la paciente hasta su espalda, así como el tubo que recogía las secreciones. De acuerdo a la demandante, tales incidentes ocurrían con regularidad y en ocasiones el personal se tardaba en acudir a limpiar a la paciente, cambiarla y arreglar el equipo desprendido. Esto hacía que fuera Vélez Quiñones quien tuviera que estar limpiando a su mamá.

122. También explicó la demandante que el elástico de la máscara de oxígeno solían ponerlo a la paciente muy apretado, por lo que le marcaban la piel.

123. Los incidentes con el demandado fueron humillantes para ella.

124. Las fotografías admitidas en evidencia causaron a la demandante llanto y evidente sufrimiento durante su testimonio.

125. Durante todo el periodo de hospitalización de la paciente, desde que esta sufriera el primer incidente del 9 de mayo de 2014, Vélez Quiñones tuvo grandes sufrimientos que le obligaron a recibir tratamiento psicológico. Manifiesta ella que su vida le cambia por completo. Todos los días sufría un incidente con el personal y todo la hacía sentir triste y deprimida. Como resultado de ella, sufrió de ataques de pánico y de ansiedad, lo que le impedía rendir sus labores en su lugar de trabajo, adecuadamente. Durante ese tiempo, su vida estuvo en una pausa, manifiesta.

126. Aun cuando Vélez Quiñones nunca pudo volver a tener una comunicación con su mamá, ella nunca dejó de hablarle y de contarle sus cosas, pues entendía que la paciente podía escucharla.

127. Conocer la noticia de la muerte de su madre fue para Vélez Quiñones algo devastador. No sabía a dónde ir, ni que hacer.

128. No contar con la presencia de su madre es un sufrimiento que tendrá toda su vida, según testificó.

129. Acevedo es el esposo de Vélez Quiñones desde hace poco más de un año. Para la fecha en que la paciente ingresó en HIMA San Pablo-Bayamón ya ambos convivían como pareja.

130. Acevedo acompañó a Vélez Quiñones durante los tres años que la paciente estuvo ingresada en las facilidades del demandado. Incluso, muchas veces era él la persona que se presentaba en el hospital a llevar artículos que la paciente necesitaba. Esta labor él la realizaba durante las horas laborables de Vélez Quiñones.

131. Acevedo sintió gran aprecio por la paciente, a quien conoció varios años antes de su ingreso al hospital. El indica que su relación con ella era muy buena.

---

<sup>31</sup> Véase minuta del 24 de mayo de 2016, en el caso DEX2015-0111.

<sup>32</sup> Véase Exhibit 8(a) al 8(nn), de la parte demandante.

132. Acevedo acompañó a Vélez Quiñones en todos los incidentes judiciales en los que ella participó, relacionados a los hechos de este caso.

133. Acevedo también sostiene haber sufrido incidentes con el personal administrativo del demandado. Sin embargo, estos incidentes fueron (i) porque el co-demandante no pudo entrar a *Intensivo* en pantalones cortos, lo que no permitían las *Normas* del hospital; (ii) porque en ocasiones el demandado se negaba a brindarle información sobre la paciente, pues él no era familiar de esta; y, (iii) porque no se le permitía entrar en "chancletas" al hospital.

134. Acevedo indica que tales incidentes lo hacían sentir como si fuera un criminal, cuando todo lo que él y Vélez Quiñones procuraban era para ayudar a la paciente.

135. Ver a su compañera, y luego esposa, pasar por los incidentes que ella describió en su testimonio, sufriendo por las condiciones de salud durante su estadía en el hospital, lo hizo sentir mal, triste, angustiado e impotente.

136. Durante esos tres años, la relación de los demandantes se afectó. Todo les irritaba y molestaba. Al punto, que recibieron terapia de pareja.

137. El Dr. Raymond Sepúlveda Serra es médico emergenciólogo y director médico del Hospital HIMA San Pablo-Cupey. Entre sus funciones en esa institución esta evaluar sus ejecutorias; manejar casos; atender peticiones de enfermería; ayudar a los médicos en Sala de Emergencia; velar porque los médicos de la institución estén al día en su educación; y, evaluar traslados que se solicitan al hospital. Como director médico, el Dr. Sepúlveda es consultado por todos los departamentos del hospital.

138. Respecto al caso de epígrafe, el Dr. Sepúlveda Serra conoce del mismo, pues fue quien recibió la llamada para conocer si la paciente podía ser aceptada en traslado desde HIMA San Pablo-Bayamón. Tras dicha consulta y como parte de sus funciones, el Dr. Sepúlveda Serra refirió el caso a un médico internista del hospital para que evaluara el mismo y fungiera como médico de tratamiento, de este decidir aceptar el caso.

139. Como director médico del Hospital HIMA San Pablo-Cupey, el Dr. Sepúlveda Serra no es quien toma la decisión sobre el alta de un paciente. Tal decisión recae sobre el médico de tratamiento. Del plan médico entender que un paciente esta de alta, el Dr. Sepúlveda Serra funge como enlace entre el plan médico y el médico de tratamiento.

140. De acuerdo al Dr. Sepúlveda, si un paciente reúne las condiciones para ser dado de alta, hay que proceder de inmediato, pues en el hospital se expone a contraer alguna bacteria. Sin embargo, de surgir una nueva condición al paciente, se continúa brindándole tratamiento.

141. Mientras el paciente está en el hospital, aun cuando reúna las condiciones para ser dado de alta, se le da mantenimiento, pues al paciente no se le puede tirar a la calle.

142. Aymeé Berríos Nieves (Berríos Nieves) es Trabajadora Social y Planificadora de Altas en el Hospital HIMA San Pablo-Cupey.

143. Berríos Nieves indica que cuando la paciente fue trasladada de Bayamón a Cupey, la Trabajadora Social de aquel hospital envió un referido previo del Departamento de la Familia para buscar a la paciente un hogar sustituto. Desde entonces, esta empleada del

demandado realizó diversas gestiones y comunicaciones, dando seguimiento a las gestiones del Departamento de la Familia sobre el traslado de la paciente a un hogar. En ocasiones, la Trabajadora Social se dirigió directamente a Vélez Quiñones para conocer del resultado de tales gestiones.

144. Berríos Nieves acepta que Vélez Quiñones estuvo realizando gestiones directamente con un hogar en Estados Unidos y que, incluso, gestionó una ambulancia aérea para el traslado de su mamá.

145. Berríos Nieves orienta al familiar del paciente, respecto a un plan de alta cuando los médicos de tratamiento han dado la orden del alta o la orden de que se planifique el alta del paciente.

146. Del record médico de la paciente no surge una sola *Orden de Alta*, o de *Planificación de Alta* suscrita por ninguno de los médicos que atendían a la paciente en aquellas fechas que Berríos Nieves realizaba gestiones sobre planificación de alta.

147. Berríos Nieves niega haber hostigado a Vélez Quiñones, como esta sostiene que ocurrió cuando dicha trabajadora social le hacía acercamientos sobre el estado de las gestiones para trasladar a la paciente a un hogar. Indica la trabajadora social de HIMA San Pablo-Cupey que tales gestiones o acercamientos eran parte de sus funciones sobre planificación de alta de los pacientes.

148. Vélez Quiñones fue nombrada tutora de la paciente mediante Resolución del Tribunal, del 31 de agosto de 2015.

149. El Dr. Jose Rafael Carlo Izquierdo (Dr. Carlo) testificó como perito del demandado en medicina interna y neurología.<sup>33</sup>

150. El Dr. Carlo examinó a la paciente y revisó varios documentos con el fin de emitir su opinión, respecto a la expectativa de vida de la madre de Vélez Quiñones, lo cual recogió en un informe pericial.<sup>34</sup> De acuerdo al Dr. Carlo, la expectativa de vida de la paciente era de dos a cinco años, contados a partir del incidente del 1 de junio de 2014.

151. El Dr. Carlo basa su opinión, tomando en consideración que la paciente había sufrido una traqueotomía, una gastrostomía, una úlcera sacral con hueso expuesto y que la paciente estaba en estado vegetativo persistente, que luego pasó a ser permanente.

152. El Dr. Carlo difiere de la opinión del Dr. Álvarez Berdecía cuando este último concluye que la lesión neurológica de la paciente inició con el incidente del 9 de mayo de 2014. Explica que ello no es así, puesto que surge de los records médicos examinados que la paciente tuvo una mejoría neurológica entre el 10 de mayo y el 1 de junio de 2014. Añade que es con posterioridad al incidente del 1 de

---

<sup>33</sup> Véase el *Curriculum Vitae* del perito, Exhibit 1 de la parte demandada.

<sup>34</sup> Véase el Informe de Conferencia con Antelación al Juicio, presentado el 5 de septiembre de 2017, a la pág. 61, así como el Informe de opinión rendido por el Dr. Carlo, Exhibit 2 de la parte demandada.

Hacemos constar que un día después de haber quedado el caso sometido ante nuestra consideración, los abogados de las partes (Lcdo. Pedrero, Lcdo. Ruiz Comas y Lcda. Mercado Echegaray) solicitaron reunirse con esta juez e informaron que por olvido del demandado, dicho Informe Pericial no fue presentado para marcarse y admitirse en evidencia. Por no haber reparo de la parte demandante, instruimos a los abogados a presentar una moción conjunta exponiendo lo anterior para disponer sobre su admisibilidad. Al respecto, véase la moción del 4 de diciembre de 2017, así como nuestra orden del 6 de diciembre de 2017.

junio de 2014, que la paciente no tuvo recuperación neurológica alguna.

153. Tampoco coincide el Dr. Carlo con el Dr. Álvarez Berdecía en su conclusión de que la paciente tenía una mayor expectativa de vida. La conclusión de la expectativa de vida de la paciente a la que llega el Dr. Carlo, la cual indica era de dos a cinco años, es tomando en consideración las condiciones de salud en las que entro la paciente, como consecuencia de la encefalopatía hipóxica que sufrió la paciente el 1 de junio de 2014.

154. Una carta del 21 de junio de 2017, enviada a Vélez Quiñones por parte de CMS<sup>35</sup> indica que los gastos médicos satisfechos a favor de la paciente y que están relacionados a la Demanda suman la cantidad de \$103,874.19.<sup>36</sup>

155. Una hoja de facturación preparada por el Hospital HIMA San Pablo-Bayamón indica que en esa institución al 17 de marzo de 2015, el demandado había brindado servicios médicos a la paciente por un costo de \$686,754.99, los cuales fueron facturados al seguro médico MMM.

156. De otra parte, el 21 de julio de 2017, el Hospital HIMA San Pablo-Cupey envió a Vélez Quiñones el costo de los servicios médicos ofrecidos a la paciente y que no fueron cubiertos por el plan médico. Estos suman la cantidad de \$394,748.56.

157. En su Reconvención el demandado reclamó a la parte demandante el pago de \$394,748.70, por concepto de gastos médicos incurridos por los servicios médicos ofrecidos a la paciente y que no fueron cubiertos por el plan médico.<sup>37</sup>

Fundamentado en lo anterior, según intimado, el TPI concedió la Demanda de la Apelada, salvo los daños sufridos en HIMA-San Pablo, Bayamón, por haber prescrito la causa. El Tribunal impuso honorarios por temeridad y concedió la Reconvención de CMT. Inconforme aún con el dictamen en su contra, CMT acudió ante nos mediante dos recursos separados, consolidados ya, y le imputó al foro sentenciador los siguientes errores.

**Apelación:**

Erró el [TPI] al imponerle responsabilidad a la parte demandada por los daños y perjuicios sufridos por la señora Awilda Quiñones Ortiz a pesar de que no se presentó prueba para sostener una determinación de negligencia ni de nexos causal. Tampoco se probó una causa de acción en daños por negligencia del personal administrativo.

---

<sup>35</sup> CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*).

<sup>36</sup> Véase el Exhibit 6 de la parte demandante.

<sup>37</sup> Originalmente, la Reconvención instada reclamaba el pago de \$523,780.86. No obstante, en el Informe de Conferencia con Antelación al Juicio el demandado indica que la cantidad era \$394,748.70.

Erró el [TPI] al imponerle responsabilidad a la parte demandada por las actuaciones de los médicos tratantes a quien la parte demandante no acumuló oportunamente como parte demandada y quienes son contratistas independientes.

Erró el [TPI] al adjudicarle solamente un 20% de responsabilidad a los médicos que trataron a la paciente.

Erró el [TPI] al emitir sentencia en reconsideración y fraccionar una causa de acción prescrita para compensar a los demandantes por los daños que sufrieron durante la hospitalización de la señora Awilda Quiñones en el Hospital HIMA San Pablo Cupey.

Erró el [TPI] al negarse a posponer la celebración del juicio a pesar de las precarias circunstancias procesales de la parte demandada y de la emergencia nacional causada por los huracanes Irma y María, privando a CMT del derecho a defenderse adecuadamente.

Erró el [TPI] al pautar el juicio sin antes permitirle a CMT culminar el descubrimiento de prueba.

Erró el [TPI] al imponer severas sanciones de exclusión de prueba documental esencial en violación a la garantía del debido proceso de ley.

Erró el [TPI] al excluir el informe y testimonio de la perito principal de negligencia de la parte demandada, la Dra. Nilda Hernández, dejando a CMT en estado de indefensión en violación al debido proceso de ley.

Erró el [TPI] al admitir en evidencia el informe de autopsia y el testimonio de la patóloga, la doctora Lumarie Rivera López.

Erró el [TPI] al admitir en evidencia el informe y testimonio del doctor Antonio Álvarez Berdecía, perito de la parte demandante.

Erró el [TPI] al permitirle a los peritos de la parte demandante emitir opiniones y conclusiones sobre asuntos no contenidos en sus informes periciales.

Erró el [TPI] al no considerar las condiciones médicas y siquiátricas previas de la señora Awilda Quiñones y al excluir dicha prueba del récord del caso.

Erró el [TPI] al negarse a incluir determinaciones de hechos esenciales para la correcta adjudicación del caso y al emitir determinaciones de hechos incorrectas.

Erró el [TPI] al valorar los daños sufridos por la señora Awilda Quiñones en \$2,537,500.00, cuando la jurisprudencia no sustenta dicha cuantía y, por el contrario, demuestra que la cuantía concedida es exageradamente alta.

Erró el [TPI] al conceder compensación por concepto de gastos médicos.

Erró el [TPI] al imponer honorarios por temeridad.

**Certiorari:**

Erró y abusó de su discreción el [TPI], al aprobar el memorando de costas de la parte demandante y conceder como costas \$31,089.84 por concepto de gastos de peritaje, a pesar de que la parte demandante no justificó ni presentó evidencia capaz de justificar la partida solicitada la cual adviene excesiva e irrazonable.

El 13 de septiembre de 2018 CMT presentó copias de la voluminosa Transcripción de la prueba oral del juicio celebrado los días 11, 14-15 y 18 de septiembre de 2017 y 27-30 de noviembre de 2017.

El 1 de noviembre de 2018 CMT presentó su alegato suplementario, mientras que el 21 de diciembre de 2018, la Apelada sometió su alegato en oposición.

El 30 de abril de 2018, recibimos los autos originales del caso.

Finalmente, mediante Resolución de 1 de febrero de 2019, dimos por perfeccionada la causa y desautorizamos la presentación de escritos adicionales.

A continuación, presentamos el marco jurídico imperante.

II

La responsabilidad civil extracontractual emana del Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141. Así, "el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado". Las acciones por impericia médica son de índole extracontractual, y, por ende, deben ser atendidas al amparo del precitado artículo. *Martínez Meléndez v. González Dos*, 180 DPR 579, 592 (2011). Conforme a esta disposición, se le impone responsabilidad a una persona por daños y perjuicios cuando el demandante demuestra, mediante preponderancia de la prueba: (i) que ha habido una acción u



omisión de parte; (i) que ha mediado negligencia; y (iii) que existe un nexo causal entre la acción u omisión de la parte y el daño sufrido. *Doble Seis Sport v. Departamento de Hacienda*, 190 DPR 763, 788 (2014); *Toro Aponte v. E.L.A.* 142 DPR 464, 473 (1997); *SLG Hernández-López v. González Padín Co. Inc.*, 117 DPR 94 (1986).

Los daños patrimoniales son aquellos que producen un menoscabo valorable en dinero sobre intereses patrimoniales del perjudicado, tales como el daño emergente y el lucro cesante. Daños no patrimoniales son, en principio, aquellos cuya valoración en dinero no tienen una base equivalencial que caracteriza los patrimoniales, por afectar precisamente elementos o intereses de difícil valoración pecuniaria. *Santini v. Serv. Air*, 137 DPR 1, 7 (1994). Específicamente en el caso de las angustias, sufrimientos mentales y daños emocionales, la valoración pecuniaria de estos daños no patrimoniales no es una matemática, pero no por eso dejan de ser compensables en dinero, presuponen la realidad y concreción de un daño. *García Pagan v. Shirley Caribbean*, 122 DPR 193, 205 (1988).

La estimación y valoración de daños, ha sido entendida por el Tribunal Supremo como una tarea que “resulta difícil y angustiada porque no existe un sistema de computación que permita llegar a un resultado exacto con el cual todas las partes queden complacidas y satisfechas”. *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, 195 DPR 476, 490 (2016); *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, 186 DPR 889, 909 (2012); *Herrera, Rivera v. S.L.G. Ramírez-Vicéns*, 179 DPR 774, 784 (2010). Dicho ejercicio de valoración conlleva cierto grado de especulación y elementos subjetivos. *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra. Así pues, ausente una tabla o computadora que aglomere todos los elementos que influyen sobre

la estimación del dolor físico y mental que, al oprimir un botón, produzca un resultado final apropiado, ello descansa en “el ejercicio discrecional, prudente, juicioso y razonable del juzgador de hechos”. *S.L.G. Rodríguez v. Nationwide*, 156 DPR 614, 622 (2002); *Urrutia v. A.A.A.*, 103 DPR 643, 647 (1975). El criterio primordial que debe guiar al juzgador al “fijar el resarcimiento debido es la razonabilidad”. *Meléndez Vega v. El Vocero de PR*, 189 DPR 123, 210 (2013). Este ejercicio ha de realizarse con un ánimo reparador, no punitivo. *Torres Solís et al. v. A.E.E. et al.*, 136 DPR 302, 312 (1994).

Al estimar los daños, los foros primarios están en una mejor posición dado su contacto directo con la prueba. *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra, a la pág. 491; *Rodríguez, et al. v. Hospital et al*, supra, a la pág. 909. Por ello, el foro apelativo debe abstenerse de intervenir “con la apreciación de la prueba y la determinación de daños que un tribunal de instancia haya emitido, a menos que las cuantías concedidas sean ridículamente bajas o exageradamente altas”. *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra, a la pág. 490. La parte que solicita que se modifique la suma que el foro de instancia conceda por daños, “tiene la obligación de demostrar la existencia de circunstancias que justifiquen dicha modificación”. *Albino v. Ángel Martínez, Inc.*, 71 DPR 457, 487 (2007). Meras alegaciones son insuficientes para mover esa facultad modificadora. Id.

Al revisar una sentencia en la que el foro primario haya concedido una indemnización por daños, el foro apelativo deberá “considerar la prueba desfilada y concesiones otorgadas en casos similares resueltos anteriormente”. *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, supra, pág. 909. Ello pues, si bien cada caso, con sus circunstancias particulares, es diferente, dichos precedentes han de ser un punto de partida y una referencia útil al determinar si una

compensación es excesivamente alta o absurdamente baja.

*Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra; *Herrera, Rivera v. S.L.G. Ramírez-Vicéns*, supra, a la pág. 785.

En *Herrera, Rivera v. S.L.G. Ramírez-Vicéns*, supra, el Tribunal Supremo adoptó el método recomendado por el exjuez Antonio J. Amadeo Murga en su obra para determinar las cuantías concernientes a la indemnización correspondiente a una parte perjudicada. El mismo propone tomar en consideración las compensaciones otorgadas en precedentes judiciales, y luego la actualización de estas al valor presente, teniendo en cuenta el cambio que ha tenido el poder adquisitivo del dólar a través del tiempo, el cual a su vez se basa en el índice de precios al consumidor, para obtener el ajuste por inflación. Por último, el método anteriormente adoptado, recomienda realizar un ajuste adicional por el crecimiento de la economía que ocurre entre la sentencia que se utiliza como comparación, y la fecha en que se dicta la sentencia en el caso que se evalúa en la actualidad. Véase: A.J. Amadeo Murga, *El valor de los daños en la responsabilidad civil*, 1ra ed., San Juan, Editorial Esmaco, 1997, T.1, págs. 91-116.

Posteriormente, en *Rodríguez et al. v. Hospital*, supra, el Tribunal Supremo -reconociendo la falta de consenso entre los expertos, en cuanto al método que debe utilizarse para actualizar las compensaciones concedidas en el pasado- optó por acoger el método recomendado por otros tratadistas, de considerar el nuevo índice de precios al consumidor, con el 2006 como año base. Id., págs. 913-914. Véase, además, J.J. Álvarez González y L.M. Pellot Juliá, *Responsabilidad civil extracontractual*, 81 Rev. Jur. U.P.R. 661 (2012). Así también, el más Alto Foro adoptó la postura del Prof. José Álvarez González, en lo referente a que la utilización de un índice de precios al consumidor cuyo año es reciente, torna

innecesario el realizar el ajuste adicional que propone Amadeo Murga.

La aplicación de este método de valoración de daños, como herramienta para el análisis de cuantías concedidas en indemnización, fue reiterada recientemente en *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra. Dicho dictamen indica que, al considerar las compensaciones otorgadas en precedentes judiciales, éstas debían actualizarse al valor presente. Id., pág. 491. También advirtió que es importante que los jueces y juezas del foro primario detallen los dictámenes que utilicen como referencia para estimar los daños, así como el cómputo que realicen para fijar las sumas que concedan. *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra. Deberán también explicar “cómo se ajustan las cuantías concedidas en esos casos anteriores al caso que el tribunal tiene ante su consideración”. Id.

Entretanto, retomando la discusión sobre daños por impericia médica, *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, supra, pág. 900, recalcó que una acción para exigir responsabilidad profesional a un médico no es distinta a la de un caso ordinario de daños y perjuicios por negligencia al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, supra. Véase, además, *Ortega et al. v. Pou et al.*, 135 DPR 711, 714 (1994). Por ende, al igual que cualquier otra causa de acción por daños y perjuicios, la reclamación por impericia médica requiere que la parte demandante establezca por preponderancia de la evidencia, creída por el juzgador, que los actos de negligencia, falta de cuidado o impericia del médico causaron el daño reclamado.

En casos de impericia médica, quien promueve la acción de daños y perjuicios por mala práctica deberá establecer mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento médico suministrado o la ausencia de uno indicado y correcto, fue el factor

que con mayor probabilidad causó el daño sufrido por el paciente. Existe una presunción de que el médico ha ejercido un grado razonable de cuidado y tratamiento adecuado, por lo que el promovente de la acción tiene la obligación de rebatir dicha presunción mediante prueba en contrario que no sea una mera especulación. *Hernández Rivera v. Mun. de Bayamón*, 135 DPR 901, 909 (1994); *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540, 549 (1994).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico estableció que los médicos tienen, en cuanto al desempeño de sus funciones, una responsabilidad de brindar a sus pacientes “[...] aquella atención que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, satisface las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la propia profesión médica”. *Pérez Torres v. Bladuell Ramos*, 120 DPR 295, 302 (1988). Véase, también, *Oliveros v. Abreu*, 101 DPR 209, 226 (1973). Existe, por lo tanto, una presunción de que el médico ejerció un grado de cuidado razonable y brindó un tratamiento adecuado a su paciente. La negligencia por impericia médica tiene cuatro vertientes o posibles escenarios: (1) negligencia en el diagnóstico; (2) negligencia en el tratamiento; (3) negligencia por no referir a un especialista; y (4) negligencia por no obtener el consentimiento informado del paciente antes de la intervención. Así pues, nuestro ordenamiento jurídico obliga al médico a responder por los daños y perjuicios causados tan solo cuando actúa de forma negligente, descuidada o cuando se aparta de la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 820 (1987).

En ese orden, al momento de evaluar la actuación de un médico, debemos recordar, además, que este posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119 (2004);

*Ramos, Escóbales v. García, González*, 134 DPR 969, 975 (1993).

El médico no incurre en negligencia si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando erróneo, está enmarcado en los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica. *López v. Dr. Cañizares*, supra, a la pág. 134; *Pérez Torres v. Bladuell Ramos*, supra, a las págs. 303-304. Es decir, no incurre en responsabilidad profesional el médico que, ante las circunstancias particulares del caso que atiende, utiliza su buen juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación del sector médico. Id.

Asimismo, el Tribunal Supremo ha expresado que se requerirá prueba pericial para establecer cuáles son las exigencias que la profesión médica ha establecido para el tratamiento de enfermedades iguales o parecidas, excepto si la falta de cuidado es tan evidente que permite inferir la negligencia. *Quiñones v. Duarte Mendoza*, 112 DPR 223, 225 (1982). Aunque es al tribunal a quien le corresponde examinar si los actos del médico o enfermera fueron conforme al estándar de cuidado requerido, la decisión del foro revisor debe estar fundamentada en la prueba documental y pericial que presentaron las partes en el juicio en su fondo. Resulta impropio recurrir a los tratados médicos para establecer los elementos de la causa de acción, o para sustituir el criterio de los peritos por el nuestro. *Ríos Ruiz v. Mark*, supra, a las págs. 821-822.

Es preciso aquí recordar que el principio de solidaridad de la deuda aplica distinto en los casos de reclamos de daños por impericia médica. En *Sagardía De Jesús v. Hospital Auxilio Mutuo*, 177 DPR 484 (2009), se explicó que un hospital podría responder solidariamente con el médico no empleado por daños causados por impericia médica, cuando el paciente acude a recibir tratamiento en

el hospital. Tal responsabilidad prevalece 100% aún en aquellos casos en que se demande al hospital, pero no se acumule oportunamente como demandado al médico. Esto es así porque el hospital es la entidad que crea una garantía implícita de que proveerá servicios competentes.

Sabido es que, por lo general, cada cual responde por los daños que provoque con sus propios actos u omisiones, existen situaciones excepcionales en las que una persona estará obligada a reparar el daño que otro ha causado. El Artículo 1803 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5142, dispone, en su parte pertinente, que la obligación que emana del Art. 1802, *supra*, será exigible, no sólo por actos u omisiones propias, sino por los de otros por quienes se debe responder:

*Lo son igualmente los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones.*

[...]

La responsabilidad de que trata esta sección cesará cuando las personas en ella mencionadas prueben que emplearon toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño.

La precitada disposición consagró la doctrina de responsabilidad vicaria. *García v. E.L.A.*, 163 DPR 811 (2005). Para que nazca esta obligación, debe existir un nexo jurídico previo entre el causante del daño y quien viene obligado a repararlo. *Id.*

A tenor de dicho artículo se le impone responsabilidad a una persona "a base de un supuesto de culpa o negligencia de su parte". *S.L.G. Vazquez-Ibáñez v. De Jesús, Vélez*, 180 DPR 387, 405 (2010). Esa responsabilidad se basa "en la presunción *iuris tantum* de culpa propia, por la falta de vigilancia o de cuidado en la elección de las personas." *Maderas Tratadas v. Sun Alliance Ins. Co.*, 185 DPR 880, 907 (2012), citando a J. Puig Brutau, *Fundamentos de Derecho Civil*, Barcelona, Ed. Bosch, T. II, Vol. III, 1983, pág. 106. Surge entonces

una presunción de que a quien se le imputa la responsabilidad del otro falló en emplear la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño. *S.L.G. Vazquez-Ibáñez v. De Jesús, Vélez*, supra. Al respecto, indicó el Tribunal Supremo:

[E]n razón a las relaciones de autoridad o superioridad que mantienen con los autores del daño causado, la ley presume que les es imputable la causa del mismo por su propia culpa o negligencia, considerándoles como autores morales de dicho daño, por no haber puesto de su parte el cuidado o la vigilancia necesaria para evitar que aquellos dieran origen a él. *Id.*, pág. 405.

A razón de dicha presunción, la persona responsable tendrá la carga de establecer que empleó toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el suceso. *Id.*, pág. 412. El Tribunal Supremo expresó que “[e]l Art. 1803 no le requiere al demandante probar la culpa del que es llamado a responder por el hecho ajeno, ya que el mismo artículo hace responsable a este último por su conducta”. *Id.*

De otra parte, la Regla 42 de las de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V R. 42, establece cómo debe ser la redacción y el contenido de las sentencias y resoluciones de los tribunales. En específico, la Regla 42.2, 32 LPRA Ap. V. R. 42.2, indica, en parte, que “las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos”. Como norma general, los foros apelativos deberán abstenerse de intervenir con las determinaciones de hechos y la adjudicación de credibilidad realizada por el tribunal de instancia, excepto cuando concluya que este último ha incurrido en pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto en la apreciación de la prueba. *Pueblo v. García Colón I*, 182 DPR 129, 165 (2011). Véase, además, *Argüello v. Argüello*, 155 DPR 62, 78-79 (2001); *TOLIC v. Oracle Corporation*, 184 DPR 689, 709 (2012).

Las determinaciones de hechos del foro primario sustentadas en prueba oral merecen gran deferencia y respeto por los tribunales



apelativos. *Hernández v. San Lorenzo Construction*, 153 DPR 405, 425 (2001). Esto se debe a que es “el juez sentenciador, ante quien deponen los testigos, quien tiene la oportunidad de verlos y observar su manera de declarar, de poder apreciar sus gestos, titubeos, contradicciones, manierismos, dudas, vacilaciones y, por consiguiente, de ir formando gradualmente en su conciencia la convicción en cuanto a si dicen la verdad”. *Pueblo v. García Colón I*, supra, pág. 165. En ese sentido, el foro primario se encuentra en mejor posición para evaluar y adjudicar la credibilidad de un testigo. Id.

Consecuentemente, en ausencia de circunstancias extraordinarias o indicios de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto, las apreciaciones de la prueba hechas por el tribunal de instancia merecen gran deferencia por parte del foro apelativo y no deben ser descartadas, modificadas arbitrariamente, ni sustituidas por el criterio del tribunal revisor. El fundamento de esta deferencia hacia el tribunal de instancia es que el juez inferior tuvo la oportunidad de observar toda la prueba presentada y, por lo tanto, se encuentra en mejor situación que el tribunal apelativo para considerarla. *Sepúlveda Rivas v. Departamento de Salud*, 145 DPR 560, 573 (1998).

Ahora bien, es norma básica que las conclusiones de derecho son revisables en su totalidad por el Tribunal de Apelaciones y, de ser el caso, por el Tribunal Supremo. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770 (2013). Cuando una parte, solicita apelación de una resolución emitida por un tribunal inferior, imputándole señalamientos de error impugnando la apreciación de la prueba por parcialidad, prejuicio, error manifiesto y abuso de discreción no podemos otorgar deferencia y debemos descargar nuestra función revisora. Id., pág. 771.

Ante, una alegación de esta índole los foros apelativos debemos evaluar si el juez o la jueza cumplió su función judicial de adjudicar la controversia específica conforme a derecho y de manera imparcial, pues solo así podremos descansar con seguridad en sus determinaciones de hechos. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, supra, pág. 777. Incurre en “pasión, prejuicio o parcialidad” aquel juzgador que actúe movido por inclinaciones personales de tal intensidad que adopta posiciones, preferencias o rechazos con respecto a las partes o sus causas que no admiten cuestionamiento, sin importar la prueba recibida en sala e incluso antes de que se someta prueba alguna. *Id.*, pág. 782.

Por otro lado, el artículo 1868 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5298, dispone que las acciones para exigir responsabilidad por culpa o negligencia al amparo del Art. 1802, *supra*, tienen un término prescriptivo de un (1) año. Este periodo comienza a transcurrir desde el momento en que el agraviado tiene conocimiento del daño sufrido y de quién es su autor, ya que es en este momento que conoce los elementos necesarios para poder ejercitar su causa de acción. *García Pérez v. Corp. Serv. Mujer*, 174 DPR 138, 147-148 (2008); *Nazario v. E.L.A.*, 159 DPR 799 (2003).

El término prescriptivo puede ser interrumpido por el ejercicio de la acción ante los tribunales, por la reclamación extrajudicial del acreedor o por cualquier acto de reconocimiento de la obligación por parte del deudor. Art. 1873 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5303; *Suárez Ruiz v. Figueroa Colón*, 145 DPR 142 (1998). La interrupción de la prescripción implica que inmediato al cese de la acción interruptora, el término prescriptivo ha de comenzar de inmediato a computarse de nuevo y por entero. *González v. Wal-Mart, Inc.*, 147 DPR 179 (1998); *Cintrón v. E.L.A.*, 127 DPR 582 (1990); *Díaz de Diana v. A.J.A.S. Ins. Co.*, 110 DPR 471 (1980).

La figura de la prescripción es materia de derecho sustantivo, y no procesal, y la misma es regida expresamente por nuestro Código Civil. *Sánchez v. Aut. de Puertos*, 153 DPR 559 (2001); *Meléndez v. El Vocero de P.R.*, 144 DPR 389 (1997). La figura de la prescripción extintiva tiene como objetivo castigar la inercia en el ejercicio de los derechos y evitar litigios difíciles de adjudicar debido a la antigüedad de las reclamaciones. *Arce Bucetta v. Motorola*, 173 DPR 516 (2008); *Martínez v. Soc. de Gananciales*, 145 DPR 93 (1998); *De Jesús v. Chardón*, 116 DPR 238 (1985).

Por tanto, para que opere la interrupción ha de mediar la manifestación inequívoca de quien, amenazado con la pérdida de su derecho, expresa su voluntad de no perderlo y por ello reclama y promociona su restitución. *García Pérez v. Corp. Serv. Mujer*, supra, a la pág. 149 (2008); *Sánchez vs. Aut. De los Puertos*, 153 DPR 559, 567-568 (2001).

En lo que respecta a la imposición de honorarios por temeridad la Regla 44.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 44.1, provee para la concesión de costas y para la imposición de honorarios de abogado. En cuanto a los honorarios de abogado, la Regla 44.1(d) de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 44.1(d), dispone lo siguiente:

En caso que cualquier parte o su abogado o abogada haya procedido con temeridad o frivolidad, el tribunal deberá imponerle en su sentencia al responsable el pago de una suma por concepto de honorarios de abogado que el tribunal entienda correspondan a tal conducta.

La citada Regla no define qué constituye conducta temeraria o frívola pero el Tribunal Supremo ha expresado que la temeridad es una actitud que se proyecta sobre el procedimiento y que afecta el buen funcionamiento y la administración de la justicia. *P.R. Oil v. Dayco*, 164 DPR 486 (2005); *Jarra Corp. v. Axxis Corp.*, 155 DPR 764 (2001); *Oliveras, Inc. v. Universal Ins. Co.*, 141 DPR 900 (1996).

También ha expresado el Alto Foro que conducta temeraria es el hecho de que una parte haga necesario un pleito que pudo evitarse o interponga pleitos frívolos y así obligue a la otra parte a incurrir en gastos innecesarios. *P.R. Oil v. Dayco*, supra; *Domínguez v. GA Life*, 157 DPR 690 (2002); *Rivera v. Tiendas Pitusa, Inc.*, 148 DPR 695 (1999).

Una vez el tribunal sentenciador concluye que una parte ha sido temeraria, es imperativa la imposición de honorarios de abogado. *P.R. Oil v. Dayco*, supra; *Rivera v. Tiendas Pitusa, Inc.*, supra; *Montañez Cruz v. Metropolitan Cons. Corp.*, 87 DPR 38 (1962). La determinación de si una parte ha actuado o no con temeridad descansa en la discreción del Tribunal. *P.R. Oil v. Dayco*, supra; *Ramírez Anglada v. Club Cala de Palmas*, 123 DPR 339 (1989).

En vista de que la Regla nada dispone sobre la forma de determinar los honorarios por temeridad ni indica cuál debe ser una proporción razonable de honorarios en relación con la conducta temeraria desplegada, el Tribunal Supremo ha enunciado los siguientes factores que, como Regla general, deben guiar al TPI al determinar la cuantía a concederse como honorarios de abogado. Estos son: 1) el grado de temeridad que ha existido; 2) la naturaleza del procedimiento; y 3) los esfuerzos y la actividad profesional que haya tenido que desplegarse. *Vega v. Luna Torres*, 126 DPR 370 (1990) citando a *Santos Bermúdez v. Texaco Puerto Rico, Inc.*, 123 DPR 351 (1989). Es decir, la cuantía impuesta por concepto de honorarios de abogado debe ser una suma que corresponda a la conducta temeraria o frívola, es decir, al grado o intensidad de tal conducta. *Corpak, Art Printing v. Ramallo Brothers*, 125 DPR 724 (1990).

Sin embargo, el Tribunal Supremo ha señalado repetidamente que "[l]a temeridad es improcedente en aquellos litigios que envuelven planteamientos complejos y novedosos aún no resueltos en nuestra jurisdicción", así como "cuando la parte concernida responde a lo que resulta ser una apreciación errónea del Derecho", o una "desavenencia honesta" en cuanto a la aplicación del Derecho, especialmente cuando no existen precedentes vinculantes. *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, 185 DPR 880 (2012). Por lo tanto, al revisar este tipo de señalamiento debemos tener presente que, debido a que la determinación de si una parte ha actuado o no con temeridad descansa en la sana discreción del Tribunal, los foros judiciales revisores intervendremos únicamente cuando surja de tal actuación un claro abuso de discreción. *Monteagudo Pérez v. ELA*, 172 DPR 12 (2007); *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796 (2006); *P.R. Oil v. Dayco*, supra; *Jarra Corp. v. Axxis Corp.*, supra.

### III.

En esencia, ante nos CMT cuestiona la apreciación de la totalidad de la abundante prueba desfilada ante el TPI y la imposición de responsabilidad por impericia médica. A su vez, cuestiona la imposición de una alta cuantía por daños y honorarios por temeridad, así como, el pago de costas.

El Apelante teoriza que la parte demandante no estableció mediante evidencia que la paciente no recibió tratamiento médico adecuado conforme al estándar de la mejor práctica de la medicina y enfermería, que no hubo prueba sobre el nexo causal entre los daños y las actuaciones y omisiones de CMT, y que tampoco desfiló prueba sobre negligencia del personal administrativo de CMT.

Asimismo, CMT insiste que la causa de acción de la parte apelada, por daños un año antes de la demanda, estaba prescrita,

puesto que la Apelada no hizo alegaciones y enmiendas a su demanda ni notificó antes de su solicitud de reconsideración, que sus reclamos versaban sobre dos causas de acción separadas, por hospital. Añade el Apelante que no se presentó prueba pericial acerca de que la úlcera sacral se debió a la mala práctica médica, pues la paciente tenía la úlcera anteriormente y tenía predisposición a desarrollar úlceras; los hechos no sostienen la determinación de daños respecto a la úlcera sacral; además, las cuantías de indemnización concedidas son excesivas y ridículas.

CMT también enfatiza que la Apelada no acumuló como partes demandadas a los médicos que atendieron a la paciente, los cuales son contratistas independientes, por lo que no son empleados de CMT. Sin embargo, al Apelante se le impuso la totalidad de la responsabilidad por la negligencia de los mencionados galenos. El Apelante opina que el TPI falló al imputarle sólo 20% de responsabilidad a los médicos. CMT denuncia que no puede solicitarles la nivelación a los médicos pues la acción estaba prescrita respecto a estos, y por ello, tampoco debe sostenerse el dictamen. El Apelante solicita que se revoque la responsabilidad imputada respecto a los facultativos contratistas y su personal de enfermería. En la alternativa, CMT solicita que se revoque el 20% imputado a los médicos contratistas, y que se revoque la imposición de responsabilidad total a CMT.

El Apelante colige que incidió el TPI al no imponerle medidas o sanciones menos severas a CMT antes de privarle de excluirle su prueba pericial, no le permitió un descubrimiento de prueba pleno y privó a su nueva representación legal de tiempo razonable para prepararse para el juicio. Añade que tal manejo en la tramitación del caso, además de desfavorable para CMT, también constituyó una

violación a su derecho al debido proceso de ley, por lo cual, procede anular la Sentencia Enmendada.

Igualmente, CMT arguye que incidió el TPI al no permitirle presentar su testigo pericial sobre negligencia, la Dra. Nilda Hernández, y su informe pericial. Alega que el foro primario debió imponerle a CMT otras sanciones menos severas antes de excluirle su prueba pericial.

El Apelante propone que el TPI debió excluir el testimonio de la patóloga, Dra. Lumarie Rivera López, y su protocolo de autopsia. Primero, indica que la demandante no la anunció como perito, sino como una testigo de hechos que autenticaría el protocolo, pero la demandante le interrogó sobre sus credenciales y la patóloga declaró sobre el contenido del protocolo. CMT indica que la demandante tampoco puso a su disposición la patóloga, para que se le tomara la deposición y se hiciera el descubrimiento respecto a ella. El TPI tampoco le permitió a CMT interrogar a la Dra. Rivera. Colige que esto también violó su derecho al debido proceso de ley, lo cual, conlleva la nulidad del dictamen.

CMT también cuestiona que el TPI permitiera, a favor de los demandantes, el testimonio e informe pericial del Dr. Álvarez Berdecía, a pesar de que el Apelante no le pudo tomar una deposición en ninguna de las dos fechas en las que lo citó, de las cuales el perito se excusó por razones de salud. El Tribunal había indicado que no permitiría testimonios periciales a los peritos que previamente no se les hubiese tomado una deposición, pero dada la imposibilidad de deponer al referido perito de los demandantes, además de la renuncia de la representación legal de CMT alegadamente cerca de la fecha límite para tomar deposiciones, el TPI admitió el testimonio y el informe pericial del Dr. Álvarez Berdecía. CMT colige que tal trato desigual, al excluirse su perito,

pero permitir el de los demandantes, infringió su derecho al debido proceso de ley.

Igualmente, CMT alega que procede revocar la Sentencia Enmendada porque la misma se fundamenta en la opinión de dos peritos de la demandante, en particular, en tanto estos declararon sobre asuntos no contenidos en sus informes periciales, asuntos que no son de su *expertise* o especialidad, y sobre los cuales no se enmendó oportunamente la demanda; i.e. el Dr. Álvarez Berdecía declaró sobre el pobre cuidado de la úlcera de la paciente y el Dr. Rosado declaró acerca del informe de autopsia.

El Apelante también estima que incidió el TPI al excluir la evidencia sobre el récord médico previo de la paciente, en particular, tocante a las condiciones médicas y psiquiátricas anteriores, todo lo cual, era determinante para poder resolver adecuadamente el asunto de negligencia en el tratamiento médico de la paciente.

CMT alega que erró el TPI al negarse a hacer al menos diez determinaciones fácticas adicionales, sobre la condición médica de la paciente, previo a su arribo y al comienzo de su tratamiento en HIMA-Bayamón; y no modificar la determinación de hechos 62 ni eliminar la 31.

El Apelante arguye que la valoración de la compensación concedida fue errada y exageradamente alta. Indica que la jurisprudencia utilizada para valorar los daños es distinguible porque sus hechos no son similares. Añade que el foro sentenciador debió utilizar *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra, porque además de ser un caso más reciente, sus hechos también son más parecidos a los del caso que nos ocupa. En *Santiago Montañez v. Fresenius Medical*, supra, se concedió una suma de \$200,000.00, lo cual, llevado al valor presente, en el caso de la Apelada, representaría \$1,011,075.00. Los casos usados como referencia por



el TPI, dos fueron de bebés o niños que sufrieron daños, mientras que uno fue sobre un joven de 29 años.

CMT también discute que incidió el TPI al concederle una cuantía por gastos médicos a la Apelada. Esta se allanó a la Reconvención de CMT sobre cobro de gastos médicos, sin embargo, durante su testimonio, Natashia declaró que incurrió en gastos médicos y sometió una factura, la cual, según CMT, no debió admitirse pues no fue anunciada en el Informe de Conferencia con Antelación al Juicio, además de que no se autenticó adecuadamente, y más importante, no refleja cuantía adeudada, pues alegadamente su balance es \$0.

Igualmente, el Apelante cuestiona que el foro primario le impusiera honorarios por temeridad debido a que ejerció su derecho a defenderse durante el proceso, por lo cual, opina que no debió ser castigado como temerario, por hacer uso de recursos apelativos, presentar defensas de prescripción y no lograr transigir el caso.

En fin, CMT solicita que se revoque la Sentencia Enmendada, o en la alternativa: anule el dictamen por violaciones crasas al debido proceso de ley; reduzca la compensación; determine que todas las causas están prescritas; elimine la responsabilidad vicaria, así como la imputación del 100% y 80% de responsabilidad al Apelante; elimine la compensación por gastos médicos; elimine los honorarios por temeridad.

Por su parte, la Apelada arguye que debe prevalecer la deferencia a las determinaciones fácticas del TPI, porque además de que el Apelante no presentó prueba alguna que desmereciera los hechos consignados por el foro primario, el expediente contiene amplia prueba documental, testifical y pericial, la cual fue desfilada ante el TPI y dirimida, concluyendo el foro primario que se probaron

los elementos de negligencia y mala práctica imputables únicamente a CMT.

Añade la Apelada que, durante el juicio no se desfiló prueba alguna acerca de la relación laboral entre CMT y los médicos que atendieron a la paciente, además de que los médicos que trataron a la paciente fueron seleccionados por CMT. Así, quedó probada la solidaridad entre CMT y los médicos que intervinieron con la paciente. Teoriza la Apelada que, al amparo de la doctrina vigente sobre autoridad o responsabilidad aparente, existe responsabilidad solidaria entre un hospital y los médicos que actuaron con impericia, aunque estos no sean empleados. Tal solidaridad impera, independientemente de la relación laboral existente entre el hospital y los médicos que traten a un paciente, pues el hospital es el principal proveedor del servicio médico, con quien principalmente se relacionan los pacientes, quien selecciona los médicos que atenderán a los pacientes que lleguen al hospital y quien se beneficia principalmente de la labor de los médicos.

La Apelada indica que no erró el TPI al admitir el testimonio y el informe de autopsia de la patóloga, Dra. Rivera, pues contrario a lo alegado por el Apelante, la patóloga compareció como testigo de autenticación y la Apelada no le pagó; además, la patóloga estuvo disponible para que CMT le tomara deposición mas no lo hizo.

Añade la Apelada que tampoco incidió el foro sentenciador al admitir el testimonio pericial y el informe del Dr. Álvarez Berdecía. Nuevamente, y contrario a lo alegado por CMT, este no estuvo sin representación legal de manera que estuviera impedido de deponer al Dr. Álvarez Berdecía; incluso, la Apelada le ofreció varias fechas (siete) a CMT para que le tomara deposición al referido perito, mas no lo hizo. Asimismo, CMT estuvo representado por su abogada durante 4 deposiciones entre 3 y 4 de agosto de 2017, por lo que

tampoco es correcto que se vio imposibilitado de tomar deposición por falta de representación legal.

La Apelada también refuta que el TPI no incidió al permitir que el Dr. Álvarez Berdecía y la Dra. Rivera declararan sobre asuntos supuestamente no contenidos en sus informes periciales. Según las Reglas 56 y 58 de Evidencia<sup>38</sup> los peritos pueden declarar ampliamente no sólo sobre sus especializaciones e informes, sino también de conocimiento e información obtenidos antes y durante el juicio. Los peritos de la Apelada declararon de sus conocimientos especializados, sus informes y la evidencia admitida en el juicio (i.e. protocolo de autopsia y récord médico de la paciente, *inter alia*).

La Apelada expresa que tampoco incidió el TPI al excluir expedientes médicos previos de la paciente. El TPI dio oportunidad para presentar prueba documental dentro de determinadas fechas. Los récords médicos previos de la paciente, los cuales CMT alega que debieron admitirse, no fueron presentados oportunamente.

La Apelada explica que tampoco incidió el TPI al valorizar la compensación otorgada. El Tribunal utilizó cuatro casos sobre impericia, siendo el más similar a este caso, el de *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, supra, pues trata sobre un adulto que sufrió daños por impericia médica y el Tribunal Supremo sostuvo una indemnización de \$500,000.00, *por 140 días de hospitalización*. En el caso de epígrafe, la Apelada estima que el TPI fue conservador al valorizar los daños, pues según el precedente, llevada la cuantía de \$500,000 al valor presente y aplicada a los *más de 1,000 días que la paciente estuvo hospitalizada*, la cuantía procedente sería mayor por aproximadamente \$1,200,000 adicionales.

Sobre los gastos médicos cuestionados por CMT, la Apelada explica que en la alegación 91 de su Demanda Enmendada hizo el

---

<sup>38</sup> En realidad, se trata de las Reglas 704 y 706 de Evidencia.

reclamo de tales gastos especiales. Asimismo, indica que durante el descubrimiento de prueba notificó el documento sobre gastos médicos de MMM y que la Apelada fue contrainterrogada al respecto, además de que el referido documento se admitió como evidencia durante el juicio. En fin, la cuantía fijada por el TPI fue a base del documento de MMM y de la Reconvención del Apelante.

Sobre los honorarios, la Apelada señala que el Apelante desplegó el ejemplo perfecto de conducta temeraria, pues incumplió todos los términos sobre descubrimiento de prueba. Destaca la Apelada que incluso se allanó a estipular el informe del Dr. José Carlo, perito del Apelante, pero este se negó a estipularlo. Colige que, sin lugar a dudas, el expediente sostiene la determinación de imponer honorarios por temeridad.

Por último, la concesión de costas es discrecional y estuvo plenamente justificada, pues la Apelada tuvo que contratar dos distinguidos médicos subespecialistas, los cuales, no sólo examinaron la voluminosa prueba del expediente médico y rindieron sus informes periciales, sino que también tuvieron que testificar en el juicio, y sus opiniones fueron determinantes en la decisión del TPI.

Es por todo lo anteriormente esbozado que, luego de cuidadosamente examinar el abultado legajo, incluso, los ocho tomos de la Transcripción, la caja de los autos originales y los alegatos de ambas partes, analizado todo al tenor del Derecho imperante, según previamente delineado, concluimos que no incidió el TPI al emitir el dictamen enmendado aquí apelado.

La totalidad de la prueba, en especial la prueba pericial, reveló que CMT no brindó los cuidados médicos requeridos por la normativa aplicable, esto es, el trato brindado a la paciente no se ajustó a los principios científicos reconocidos y aceptados por la

medicina moderna. Desde que la paciente acudió a las instalaciones hospitalarias de CMT en busca de ayuda y tratamiento médico para su condición de salud de emergencia, el Apelante, como patrono aparente y representante de los médicos que allí laboraban, le asignó a la paciente, personal médico, de enfermería y administrativo. Si bien es cierto que, la Apelada no presentó oportunamente su reclamo sobre los daños sufridos en HIMA-San Pablo, Bayamón, lo cierto es que, respecto a los demás actos dañosos ocurridos en HIMA-San Pablo, Cupey, la Demanda se presentó antes de que transcurriera el plazo prescriptivo aplicable. Entiéndase que la causa de acción por los daños y perjuicios y angustias mentales y físicas de la paciente, causa heredada por la Apelada, se presentó dentro del año de ocurridos los fatídicos hechos en el hospital de CMT en Cupey.

Sumamente relevante resulta que, la totalidad de la prueba del caso, tanto la testifical y documental como la pericial, fue abundante y contundente. La prueba estableció cada uno de los elementos de la causa de daños por impericia médica. Específicamente, la evidencia demostró que el tratamiento brindado a la paciente por CMT no fue el adecuado, conforme a los principios vigentes de la medicina. La paciente debió ser intubada tan pronto tuvo el evento hipóxico. No obstante, no fue sino hasta transcurrido poco más de una hora (70 minutos) que el personal médico hizo lo propio. La tardanza produjo daño cerebral permanente, el cual mantuvo a la paciente en estado vegetativo hasta que falleció.

La comunicación entre el personal de enfermería y los médicos tampoco fue la adecuada, pues no aportó a informar y mover oportunamente la atención médica necesaria para tratar a la paciente. En efecto, en innumerables ocasiones la paciente permaneció desatendida y con la gastrostomía fuera de lugar, lo

cual, ensuciaba su bata y la ropa de cama. Enfermería no cumplió cabalmente con su deber de cuidado.

Añádase que el personal administrativo, al menos con relación a Natashia, brindó un trato inadecuado, en particular, con relación a la insistencia de preguntar cuándo se trasladaría a la paciente fuera del hospital, a pesar de que la prueba pericial demostró que la paciente no podía ser dada de alta.

En torno a la responsabilidad vicaria del Apelante, el foro sentenciador correctamente concluyó que CMT respondía por los daños reclamados por la Apelada, ello debido a que CMT responde en calidad de patrono o representante del personal médico, de enfermería y administrativo de su institución hospitalaria. CMT recibió a la paciente y le asignó personal médico, de enfermería y administrativo para atenderla y encauzar todo lo relacionado con su tratamiento. Resulta irrelevante que los médicos en discusión fueran contratistas o empleados de CMT; ello no fue objeto de discusión en el juicio. El Apelante tampoco demandó a los galenos, lo que pudo hacer.

Respecto a la valorización de los daños, no hallamos indicios de error ni exageración por parte del TPI. Por el contrario, y como bien destaca la Apelada en su alegato, el foro sentenciador parece haber sido conservador al fijar las cuantías. Si analizamos estrictamente la jurisprudencia más reciente sobre valorización, *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, supra, podemos colegir que la indemnización pudo ser mayor por aproximadamente \$1,200,000 adicionales. Por todo lo cual, en deferencia al foro recurrido, optamos por no aumentar la cuantía otorgada y se sostiene la valorización.

En torno a los honorarios por temeridad, aclaramos que el Apelante no fue castigado por defenderse, como alega. Mas bien,

CMT fue sancionado al tenor de la Regla 44.1 de Procedimiento Civil, *supra*, y la jurisprudencia aplicable. Del récord surge claramente que el Apelante extendió innecesariamente el pleito, el cual pudo evitar, ya transigiéndolo ya estipulando las causas procedentes. Asimismo, el Apelante insistió injustificadamente en la prescripción de todos los reclamos de los demandantes, ello a pesar de que CMT, como custodio de los récords médicos, tenía en su poder la información de que la acción no estaba prescrita. La imposición de honorarios por temeridad se hizo conforme a Derecho.

De otra parte, el TPI no erró al calendarizar y tramitar el descubrimiento de prueba y la presentación de esta durante el juicio. Nada en el expediente revela que el foro primario hubiese abusado de su discreción o incurrido en pasión, parcialidad o prejuicio, no sólo en la apreciación de la prueba, sino en el manejo de cómo, cuándo y qué prueba admitir. Podemos entender la inconformidad del Apelante en torno a que no se le permitió presentar su perito, no obstante, el récord revela que CMT tuvo amplia oportunidad para presentar su prueba pericial, así como tomar deposición del perito de los demandantes, pero no procedió de conformidad. Aclaremos que los peritos de los demandantes podían declarar no sólo sobre su conocimiento especializado y lo que estudiaron del caso, sino también, sobre cualquier asunto que surgiera durante sus testimonios respecto al cual tuvieran conocimiento o dentro de su *expertise* pudieran opinar.

Recordemos que los foros primarios gozan de gran discreción en el manejo y los trámites de las causas ante sí, y tal proceder merece nuestra deferencia. Por ello, no intervendremos ni alteraremos las referidas determinaciones interlocutorias, salvo que se demuestre error manifiesto o abuso de discreción. Más importante aún, cuando una parte alega que el Tribunal excluyó

alguna prueba indebidamente, se tiene que establecer que tal evidencia hubiese variado el resultado final del caso. El Apelante no ha demostrado, ni del récord surge que la prueba pericial de CMT hubiese variado el dictamen final. Por lo antecedente, tampoco erró el TPI en el manejo de la prueba del caso.

De otra parte, CMT tampoco logró establecer que el TPI incidiera al aprobar el Memorando de Costas de los demandantes. Nuevamente, se trata de un ejercicio discrecional del Tribunal. Nada en el expediente ni en las alegaciones del Apelante, sostienen error en esta determinación post sentencia, por lo cual, se sostiene.

En fin, el foro sentenciador no incurrió en ninguno de los errores imputados por CMT. Consecuentemente, procede confirmar.

#### IV.

En virtud de los pronunciamientos de Derecho antes esbozados, confirmamos la Sentencia Enmendada aquí apelada.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la secretaria del Tribunal.

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