

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL IX

Hilda Lupiáñez, et al

Peticionarios

vs.

Hospital General
Menonita de Aibonito

Recurrido

KLCE202101212

CERTIORARI

procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de Aibonito

Sobre: Daños y
Perjuicios; Impericia

Civil Núm.:
DP-2009-0014

Panel integrado por su presidente, el Juez Rivera Colón, la Jueza Cortés González y el Juez Rodríguez Flores.

Rivera Colón, Juez Ponente

RESOLUCIÓN

En San Juan, Puerto Rico, a 30 de noviembre de 2021.

Comparecen la señora Hilda Lupiáñez González (Sra. Lupiáñez González), el señor Edwin Colón Martínez (Sr. Colón Martínez), la Sociedad Legal de Gananciales por ellos compuesta y sus hijos (en conjunto, la parte peticionaria) mediante petición de *certiorari*. Solicitan que revisemos la Resolución emitida el 3 de agosto de 2021 y notificada al día siguiente por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Aibonito (TPI). Mediante el referido dictamen, el TPI asignó los siguientes porcentajes de responsabilidad por los hechos alegados en la demanda de epígrafe: Hospital General Menonita de Aibonito (Hospital Menonita) 10%, Dr. Carlos Avellanet Quiñones (Dr. Avellanet Quiñones) 15% y Dr. Vidal Rosario León (Dr. Rosario León) 75%.

Examinadas las comparecencias de las partes, a la luz del derecho aplicable, procedemos a disponer del presente recurso mediante los fundamentos que exponremos a continuación.

Número Identificador

RES2021 _____

-I-

Por no estar en controversia, adoptamos parte del tracto procesal consignado por un panel de este Tribunal en la Sentencia dictada en el recurso KLAN201601215.

El 13 de mayo de 2009, la parte peticionaria incoó una demanda sobre daños y perjuicios en contra del Hospital Menonita; el Dr. Rosario León; el Dr. Avellanet Quiñones, sus respectivas sociedades de bienes gananciales y otros codemandados de nombres desconocidos. Alegó que el Dr. Rosario León, cirujano, diagnosticó a la Sra. Lupiáñez González con cáncer de seno y le recomendó que, junto a la cirugía de mastectomía, se efectuase una reconstrucción de senos mediante un implante de prótesis y que el Dr. Avellanet Quiñones la evaluó previo a la cirugía. Señaló que, el 14 de diciembre de 2005, los doctores Avellanet Quiñones y Rosario León le efectuaron a la Sra. Lupiáñez González una mastectomía y la reconstrucción mediante implantes. Indicó que el Tribunal Examinador de Médicos, mediante Resolución 2004-25, suspendió al Dr. Avellanet Quiñones, cuya especialidad era la obstetricia y la ginecología, de practicar la medicina en Puerto Rico por motivo de practicar la cirugía cosmética y que, para el 14 de diciembre de 2005, la licencia de éste estaba suspendida. Alegó que el Dr. Rosario León recomendó al Dr. Avellanet Quiñones para la evaluación pre y postoperatoria de la cirugía de implantes aun cuando debió haber sabido que esa no era su especialidad.

Expuso que la cirugía que le practicaron a la Sra. Lupiáñez González se realizó negligentemente y se apartó de la mejor práctica de la medicina, mediante actos u omisiones solidarias por parte de los codemandados. Afirmó que el Hospital Menonita incurrió en negligencia institucional al permitirles a los doctores Avellanet Quiñones y Rosario León someterla a una operación de

reconstrucción e implantes aun cuando conocía o debió haber conocido que ellos no tenían el conocimiento necesario para ello y al permitir la entrada de un médico suspendido de ejercer la profesión; que el Dr. Avellanet Quiñones incurrió en mala práctica al participar en la cirugía y en las etapas pre y postoperatorias aun cuando estaba suspendido de practicar la medicina en áreas distintas a la de su especialidad y que el Dr. Rosario León fue negligente al permitir que el Dr. Avellanet Quiñones interviniera negligentemente con su paciente en la cirugía de implantes. Sostuvo que la Sra. Lupiáñez González no solo resultó física y permanentemente desfigurada, sino que se afectó emocionalmente y en su relación con su esposo. Ante ello, reclamó indemnización económica por los daños físicos y emocionales, así como las pérdidas económicas de la Sra. Lupiáñez González; las angustias mentales del Sr. Colón Martínez, los sufrimientos de sus hijos, y las costas, gastos y honorarios de abogado.

El 23 de marzo de 2010, el Dr. Rosario León presentó su contestación de la demanda. Admitió que a la Sra. Lupiáñez González se le efectuó una mastectomía y una reconstrucción mediante implantes. No obstante, esbozó varias defensas afirmativas, entre ellas, que cumplió con las normas de atención médica generalmente exigidas.

Por su parte, el 14 de noviembre de 2011, el Hospital Menonita presentó su "Contestación a Demanda". Admitió que a la Sra. Lupiáñez González se le efectuó una cirugía, sin embargo, negó el resto de los hechos esenciales. Entre sus defensas afirmativas, negó haber incurrido en negligencia con relación a la cirugía de la Sra. Lupiáñez González.

Tras varios trámites procesales, el 6 de septiembre de 2012, se presentó el "Informe de Conferencia con Antelación al Juicio". En éste, las partes estipularon lo siguiente:

6. *Para el 14 de diciembre de 2005 la licencia médica del Dr. Carlos Avellanet había sido suspendida por el Tribunal Examinador de Médicos de P.R.*

.

11. *El Dr. Carlos Avellanet nunca tuvo privilegios en el Hospital Menonita de Aibonito.¹*

Consta de la Minuta de la Conferencia con Antelación al Juicio celebrada el 11 de septiembre de 2012, que el TPI señaló una vista bifurcada en cuanto al aspecto de responsabilidad. El 19 de marzo de 2013, la parte peticionaria presentó una “Moción Solicitando Enmienda a Pre-Trial” en la que incluyeron algunos testigos. Mediante Orden de 1 de abril de 2013, el TPI declaró Ha Lugar dicha enmienda.

La referida vista se celebró los días 24, 25, 26, 27 y 28 de marzo de 2014. Por la parte demandante, declaró la Sra. Lupiáñez González, la señora Maribel Maldonado Bonilla, y los peritos médicos, el doctor Miguel Ángel Yáñez (Dr. Yáñez) y el doctor José Juan Gorrín Peralta (Dr. Gorrín). Declaró también el Dr. Rosario y su perito, el Dr. Arthur Lerner (Dr. Lerner). El Hospital no presentó prueba testifical a su favor.

Así las cosas, el 8 de junio de 2016, el TPI emitió una “Resolución y Sentencia Parcial”, en la cual formuló las siguientes determinaciones de hechos:

.

30. *El doctor entendía que sacarle los dos senos a doña Hilda y dejarla sin senos iba a ser emocionalmente devastador para ella. Por ello, el doctor Rosario le informó a doña Hilda que él conocía a una persona que podía proveer los implantes. Esta persona era el Dr. Carlos Avellanet (“doctor Avellanet”).*

31. [...].

32. [...].

33. *Se coordinó una cita para que el doctor Avellanet viera a doña Hilda [sic] en la oficina del doctor Rosario. El doctor Rosario no estuvo presente en las discusiones entre doña Hilda y el doctor Avellanet.*

¹ Véase, pág. 178 del Apéndice del Recurso KLAN201601215.

34. *Dona Hilda fue evaluada por el doctor Avellanet en las oficinas del doctor Rosario. Allí el doctor Avellanet examinó el récord de doña Hilda que obraba en la oficina del doctor Rosario los resultados de los exámenes que le habían realizado y le midió los senos.*
35. *[...].*
36. *Doña Hilda desconocía que el doctor Avellanet no era especialista en cirugía plástica o estética.*
37. *Doña Hilda acordó con el doctor Avellanet la compra de los implantes y le pagó mediante cheque \$800.00 por los mismos.*
-
45. *El doctor Rosario no explicó a doña Hilda con claridad si en la fase de reconstrucción habría de haber alguna participación del doctor Avellanet más allá de proveer los implantes. [...].*
-
52. *Antes de quedar anestesiada dona Hilda no vio al doctor Avellanet.*
53. *El doctor Rosario procedió a preparar ambos senos y ambas axilas para hacer la cirugía. [...].*
54. *Posteriormente, el doctor Avellanet llegó a sala de operaciones con los implantes y se procedió a identificar los mismos. Luego, el doctor Avellanet procedió a lavarse y se colocó en la posición en que se encontraba la enfermera para el proceso de retracción. El proceso de retracción era necesario pues el doctor Rosario estaba haciendo la cirugía desde la incisión de la axila y para llegar a los senos había que despegar la piel y exponer el área donde se iba a colocar los implantes.*
-
58. *Además de llevar los implantes, el doctor Avellanet ayudó a retraer materia durante la cirugía y ayudó al doctor Rosario a posicionar los implantes.*
59. *El doctor Rosario abrió el borde lateral del pectoral derecho, preparó el espacio subpectoral, cogió el implante, lo infló y lo vació para cerciorarse que no estuviera roto. Acto seguido, el doctor Rosario lo introdujo debajo del músculo y procedió a inflarlo.*
60. *Cuando el doctor Rosario comenzó a inflar el implante que había colocado, el músculo comenzó a romperse pues no daba la capacidad para el volumen mínimo necesario para llenar el implante. El doctor Rosario entendió que tenía que crear más espacio y decidió colocar una malla. Sin embargo, cuando trató de pegar la malla al músculo, el músculo no la sostuvo, por lo cual procedió a sacar la malla. El músculo pectoral no sostuvo la malla porque era un músculo hipo-plástico, frágil y finito.*
61. *Como consecuencia, el doctor Rosario optó por dejar el implante en el sitio, colocar drenajes, dejar el músculo desconectado como estaba, cubriendo*

- alguna parte del implante debajo de la piel, y cerrar la piel.*
62. *En el lado izquierdo todo evolucionó de la misma forma y como entendió que los dos lados iban a ser simétricos en términos de hallazgos anatómicos, el doctor Rosario realizó el mismo procedimiento que había realizado en el lado derecho.*
63. *Durante todo el procedimiento quirúrgico doña Hilda estuvo bajo los efectos de la anestesia. Por ello, doña Hilda no vio qué hizo el doctor Avellanet durante su operación.*
64. *Al despertar de la anestesia luego de la cirugía, Doña Hilda vio a sus hermanos, su mamá y al doctor Avellanet en el área de “recovery” del Hospital. [...].*
67. *Mientras estuvo en el hospital, doña Hilda estuvo con un vendaje tipo “bustier”, por lo que no era posible ver bien los senos y las heridas de la operación.*
68. *Al removerse el “bustier” luego de dada de alta doña Hilda observó que tenía toda el área amoratada, de color violáceo o grisáceo, [...] había quedado con huecos axilares grandes, los pezones estaban apuntando hacia los laterales. [...] Doña Hilda sentía los senos duros, inmóviles, con dolor.*
69. [...].
70. *El doctor Rosario volvió a coordinarle a doña Hilda una cita post-operatoria con el doctor Avellanet en las oficinas del doctor Rosario en Cayey. En dicha cita el doctor Avellanet examinó a doña Hilda, observó los senos y le dijo que tenía que realizarse otra operación.*
71. *El doctor Avellanet le explicó que los músculos se habían contraído durante el proceso, situación que habían tenido que manejar.*
72. [...].
73. *El doctor Avellanet utilizó un recetario del doctor Rosario para recetar un medicamento a doña Hilda.*
74. [...].
75. *El seno derecho de doña Hilda se siguió poniendo de un color más oscuro.*
78. *El 2 de marzo de 2006 el doctor Rosario ordenó la hospitalización de doña Hilda en el Hospital. [...].*
85. *El doctor Rosario habló con el infectólogo y este estuvo de acuerdo en dar de alta a doña Hilda con antibióticos intravenosos. También el internista y el oncólogo estuvieron de acuerdo en darle de alta con antibióticos.*
86. *Doña Hilda no estaba satisfecha con el tratamiento recibido pues no veía mejoría y se sentía deformada. Decidió no volver a donde el doctor Rosario y procedió a buscar otra opinión médica.*
87. *El Dr. Miguel A. Yáñez Cacho (“doctor Yáñez”), especialista en cirugía plástica atendió por primera vez a doña Hilda el 12 de marzo de 2006 y le preguntó en dónde se había operado y con quién. Cuando doña*

Hilda le informó que además del doctor Rosario la había operado el doctor Avellanet, el doctor Yáñez le indicó que él creía que el doctor Avellanet era obstetra ginecólogo. Luego informó que no tenía licencia para practicar la medicina.

88. Doña Hilda confirmó posteriormente cuál era la especialidad del doctor Avellanet y que le habían revocado la licencia para practicar la medicina. Por motivo de que el doctor Avellanet no tenía licencia médica, doña Hilda radicó una querrela en el Tribunal Examinador de Médicos (TEM).

.

91. Cuando el doctor Yáñez examinó a doña Hilda el seno estaba violáceo, eritematoso, escoliado y ulcerado. El doctor determinó que había que sacar el implante porque había un riesgo de que se saliera y a su juicio doña Hilda tenía una infección que no se curaría con antibióticos porque tenía un objeto extraño que permitía el crecimiento de bacterias.

92. El doctor Yáñez le removió el implante del seno derecho a doña Hilda, pero no le hizo reconstrucción porque ya estaba lacerada esta área, había una infección y había que esperar a que sanara completamente y cicatrizara.

93. [...].

94. En la reconstrucción de seno con implantes o expansores de tejido es esencial lograr una cubierta adecuada del implante o expansor que se coloca. Hay que cubrir ese implante con algo más que con la piel que queda después de la mastectomía, porque la piel sola no va a ser adecuada para cubrir el implante.

95. Conforme a los estándares de la práctica de la medicina prevalecientes un cirujano general se considera capacitado para colocar implantes de senos luego de una mastectomía, si está debidamente entrenado. La reconstrucción usando tejido extraído del propio cuerpo de la paciente debe ser realizada por un especialista en cirugía plástica.

96. El uso de un implante colocado directamente debajo de la piel luego de una mastectomía no era favorecido bajo los estándares médicos prevalecientes a la fecha de la cirugía de doña Hilda, porque puede provocar una serie de complicaciones que se evitan si se obtiene una mejor cubierta, utilizando tejidos musculares. Ya para los años '80s se había descubierto que las pacientes a quienes se les colocaba implantes debajo de la piel tenían una incidencia de contractura de cápsula mayor que la que se reportaba cuando se cubría el implante con músculo. La colocación de implantes bajo la piel también presenta un riesgo mayor de infección y un riesgo mayor de extrusión del implante.

97. La contractura o contracción de cápsula es el endurecimiento de los tejidos alrededor de un órgano o de un cuerpo como el implante, la cual puede ocurrir sin importar la forma en que se ponga el

implante, ya sea sub-cutáneamente, sub-pectoralmente o debajo del serrato. La contracción de cápsula puede ocasionar dolor y puede ocurrir incluso años después de la cirugía. El tratamiento para la contracción de cápsula puede ser cirugía para extraer o remplazar los implantes.

98. *La extrusión es una ulceración de la piel encima del implante que puede provocar que la piel se rompa y se exponga el implante o se produzca infección.*

99. *La determinación del [sic] cual es el procedimiento de reconstrucción de senos a utilizarse es un proceso dinámico. Tiene que haber una discusión amplia con el paciente sobre sus expectativas y las diversas alternativas o circunstancias que se pueden presentar, ya que la situación puede cambiar en sala de operaciones por distintas condiciones, incluyendo la extensión del tumor, pérdida excesiva de sangre u otras. Hay que informar al paciente sobre la posibilidad de tener que abortar el procedimiento de reconstrucción si el tejido local no es adecuado para cubrir el implante y no hay en sala de operaciones otras alternativas como implantes variados.*

(Véase Ap., págs. 51-61 del recurso).

El TPI aclaró que la controversia del caso giraba en torno a si el Dr. Rosario León obtuvo un consentimiento informado para la reconstrucción inmediata, si la efectuó conforme a los estándares profesionales y a la participación del Dr. Avellanet Quiñones. Desfilada la prueba, concluyó que el Dr. Rosario López no discutió con la Sra. Lupiáñez González sobre las diversas alternativas disponibles, entre ellas, la extirpación de senos sin reconstrucción inmediata, ni los riesgos anticipables de la colocación de implantes. Dispuso que éste tampoco explicó cuál sería la participación del Dr. Avellanet Quiñones en la cirugía, pues la prueba demostró que éste no se limitó a suplir los implantes con las medidas que le tomó a la Sra. Lupiáñez González. Resaltó que el Dr. Rosario López tampoco discutió los riesgos de la reconstrucción con implantes con el Dr. Avellanet Quiñones, a pesar de que descansó en este para que, a base de su examen de la paciente, proporcionara los implantes adecuados. En particular, el foro primario determinó:

Es inmaterial que al momento el doctor Rosario no supiese que el doctor Avellanet no tenía especialización en cirugía plástica y había perdido su licencia. El caso es que, habiendo descansado en la pericia del doctor Avellanet para la selección de los implantes y reconocido que necesitaba ayuda en su colocación, no se sentó con su paciente y el doctor Avellanet a discutir importantes aspectos de la cirugía a efectuarse. Es necesario recalcar que, por realizarse inmediatamente después de la mastectomía, mientras la paciente está anestesiada, no puede ser consultada sobre hallazgos que se dan en medio de la cirugía.

(Véase Ap., pág. 72 del recurso).

Si bien el TPI aclaró que el Dr. Rosario López no violó los estándares médicos prevalecientes al colocar los implantes y no abortar el procedimiento, indicó que “[s]u culpa o negligencia consistió en no haber anticipado una complicación previsible, no haberla discutido con la paciente ni con el doctor en quien descansó como perito en el uso de implantes, ni haberse preparado para enfrentar la situación, con alternativas que pudieron estar disponibles como el uso de implantes distintos o extensores”.² Determinó que éste tampoco fue claro sobre las incisiones que haría ni tuvo una comunicación adecuada con la paciente luego de la operación. Aclaró que no se probó que la forma en que se cubrieron y ubicaron los implantes causara la contractura capsular y un elevado riesgo de infección, pero sí que esas condiciones eran más probables en implantes colocados subcutáneamente que en los colocados subpectoralmente, como se suponía que se haría en este caso. Respecto al Hospital, dispuso lo siguiente:

Finalmente, no encontramos que se haya probado la responsabilidad del Hospital. Doña Hilda era paciente privada del doctor Rosario. No se probó que el doctor Rosario era tan negligente en su manejo de los pacientes en el Hospital que este falló en no haberle revocado los privilegios o no haberle impedido llevar a cabo la operación de doña Hilda, para la cual se observaron los requisitos para el uso del Hospital. Tampoco se demostró que la participación del doctor Avellanet en la cirugía fue tal que el Hospital fue

² Véase, pág. 73 del Apéndice del Recurso.

negligente o incumplió su obligación de prevenir que un médico sin privilegios actuara como cirujano en la operación de doña Hilda.

(Véase Ap., pág. 74 del recurso).

El foro primario pospuso para la segunda fase del caso su determinación en cuanto a la responsabilidad del Dr. Avellanet Quiñones para “dilucidar con más certeza cómo sus actuaciones contribuyeron a causar los daños de la parte demandante”. Así, el foro primario dictó Sentencia Parcial y declaró No Ha lugar la demanda en cuanto al Hospital Menonita.

El 31 de octubre de 2014, el Hospital Menonita presentó en una “Moción en Cumplimiento de Orden para Someter Determinaciones de Hechos”. El 4 de noviembre de 2014, la parte peticionaria interpuso una “Moción en Cumplimiento de Orden”.

El 23 de junio de 2016, la Sra. Lupiáñez González presentó una “Solicitud de Determinaciones de Hechos Adicionales, Reconsideración de la Sentencia Parcial Sobre Negligencia y Conclusiones de Derecho Adicionales”. El 29 de junio de 2016, el Dr. Rosario León presentó una “Solicitud de Reconsideración”. El 8 de julio de 2016, se presentó la “Oposición de la Parte Demandante a la Solicitud de Reconsideración del Dr. Vidal Rosario León”. El 14 de julio de 2016, el Hospital Menonita presentó una “Moción en Oposición a “Solicitud de Determinaciones de Hechos Adicionales, Reconsideración de la Sentencia Parcial Sobre Negligencia y Conclusiones de Derecho Adicionales”. El 21 de julio de 2016, la parte peticionaria presentó una “Repica [sic] de la Parte Demandante a “Moción en Oposición a “Solicitud de Determinaciones de Hechos Adicionales, Reconsideración de la Sentencia Parcial Sobre Negligencia y Conclusiones de Derecho Adicionales” Radicada por el Hospital Menonita de Aibonito”.

En una Resolución notificada el 1 de agosto de 2016, el TPI atendió las mociones y dispuso lo siguiente:

No Ha lugar a la solicitud de reconsideración de la parte apelante.

No Ha lugar a la solicitud de determinaciones de hechos y conclusiones de derecho adicionales de la parte demandante.

No Ha lugar a la solicitud de reconsideración del Dr. Vidal Rosario León.

Los promoventes no nos han persuadido de que erramos en nuestras determinaciones de hechos basadas en la prueba creída y estipulaciones pertinentes, y la aplicación del derecho, en cuanto a las acciones y omisiones del doctor Rosario León que ocasionaron daños a la Sra. Hilda Lupiáñez; y la ausencia de la responsabilidad reclamada en las alegaciones contra el Hospital Menonita.

Solo estimamos necesario añadir un comentario en cuanto a que a la luz de nuestras determinaciones fundadas en nuestra apreciación de la prueba, son impertinentes los hechos en cuanto a la omisión del Hospital de impedir la entrada del doctor Avellanet a la sala de operaciones, pues su presencia allí no tuvo relación causal con los daños ocasionados.³

Inconforme con la determinación, el 30 de agosto de 2016, el Dr. Rosario León instó el recurso de apelación KLAN201601213 ante este tribunal intermedio⁴. Asimismo, el 31 de agosto de 2016, la parte peticionaria instó el recurso KLAN201601215 ante este foro y señaló que el TPI cometió los siguientes errores:

Primer Error: erró el honorable TPI al omitir concluir que todos los apelados dejaron de obtener el consentimiento informado de la paciente antes de la cirugía reconstructiva pautada para el 14 de diciembre de 2005 en HGMA.

Segundo error: erró el honorable Tribunal de Primera Instancia al no concluir que las actuaciones de los dos doctores que realizaron la cirugía de reconstrucción de senos sin la autorización, destrezas, experiencia pericia y necesaria especialidad médica, conforme surge de la opinión irrefutada del único especialista médico en esa disciplina que declaró en juicio, constituyó en una desviación de los estándares médicos aceptados y, contrario a la mejor práctica de la medicina.

Tercer Error: erró el Honorable Tribunal de Instancia al no concluir que el hospital fue responsable por permitir

³ Véase, pág. 124 del Apéndice del Recurso KLAN201601215.

⁴ El 5 de junio de 2019, un panel de este Tribunal dictó Sentencia y desestimó el referido recurso en consideración a un acuerdo transaccional entre la parte peticionaria y el Dr. Rosario López mediante el cual la primera desistió con perjuicio de su acción contra el médico en su carácter personal.

y no evitar una cirugía especializada en sus facilidades, intervinieran y operaran a la apelante.

Cuarto Error: erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia al no dictar sentencia en contra del médico suspendido de la práctica de la medicina que intervino con la apelante en la cirugía de reconstrucción de senos, aún cuando este estaba en rebeldía y el caso en su contra quedó sometido.

Quinto Error: erró el Honorable Tribunal al incurrir en un patrón de parcialidad a favor del apelado HGMA, al descartar aquella prueba que se desfiló en su contra y denegar las estipulaciones de hechos adicionales sugeridas que sostenían su negligencia a base de la prueba irrefutada admitida.

Una vez perfeccionado y examinado dicho recurso, el 16 de diciembre de 2019, un panel de este Tribunal intermedio dictó Sentencia y determinó modificar la “Resolución y Sentencia Parcial” a los fines de disponer que tanto el Hospital Menonita como los doctores Rosario López y Avellanet Quiñones incurrieron en negligencia. En particular, se estableció lo siguiente:

Si bien concluimos que, tanto los doctores Rosario y Avellanet como el Hospital, son solidariamente responsables en este caso, a la luz de la prueba desfilada, no podemos concluir que todos deben responder en igual proporción. Así pues, el foro primario quien, en el ejercicio de su discreción, deberá fijarle la porción de responsabilidad que le corresponde a cada uno, inclusive, al Dr. Rosario. Véase, Rodríguez et al. v. Hospital et al., 186 DPR 889 (2012). Se devuelve el caso ante la consideración del foro primario para que asigne proporciones y pase, entonces, a la segunda fase del procedimiento bifurcado.

(Véase Ap., págs. 45-46).

Es menester señalar que en su dictamen, el panel pronunció:

... precisa resaltar que estamos plenamente conscientes de que entre los Apelantes y el Dr. Rosario hubo un acuerdo transaccional. Ya que dicha transacción fue posterior al desfile de prueba en el que los Apelantes pretendieron establecer los actos y omisiones negligentes de los doctores Rosario y Avellanet así como la del Hospital, y en aras de ser fieles y claros a las incidencias de la vista, reseñamos hechos y aspectos del caso que incluyen al Dr. Rosario. Ahora bien, es menester aclarar que de modo alguno pretendemos con ello volver a reabrir un asunto que, entre los Apelantes y el Dr. Rosario, ha concluido.

(Véase Ap., pág. 41).

Así las cosas, luego del TPI haber recibido el mandato, el 11 de junio de 2020, celebró una vista. Allí, el foro primario concedió a las partes término para que sometieran sus respectivos memorandos de derecho sobre la proporción de responsabilidad a adjudicarse a cada codemandado a la luz de los hechos probados y las determinaciones del panel del Tribunal de Apelaciones en el caso KLAN201601215.

En cumplimiento de orden, el 18 de septiembre de 2020, el Hospital Menonita presentó su memorando de derecho. Sostuvo que de la prueba desfilada en la vista de negligencia se demostró que el grado de responsabilidad que pudiera atribuírsele era ínfimo en comparación a la incurrida por los facultativos médicos. Indicó que el Tribunal de Apelaciones le adjudicó responsabilidad ante el incumplimiento con su deber de vigilar que los galenos con acceso al uso de sus instalaciones estuvieran debidamente autorizados y acreditados para ello. A la luz de esa determinación, reconoció en su escrito que el Dr. Avellanet Quiñones no debió haber estado presente en la intervención quirúrgica. No obstante, arguyó que su participación en el caso era mínima y no tenía relación causal con los daños reclamados por la demandante. Sostuvo que la gran parte de los actos u omisiones negligentes probados en la vista de negligencia, trataron sobre la falta de comunicación y ocultación de información esencial a la Sra. Lupiáñez González por parte del Dr. Rosario León. Por lo cual, señaló que el porcentaje de responsabilidad que debía adjudicarse al Hospital Menonita debía ser proporcional a la participación del Dr. Avellanet Quiñones en la cirugía, o sea, mínimo en comparación al otro galeno. Por otro lado, el Hospital Menonita solicitó que se le dedujera el porcentaje de responsabilidad del Dr. Rosario López en la adjudicación de los daños, considerando que éste transigió el pleito con la parte

demandante. A esos efectos, discutió el concepto de nivelación entre cocausantes de un daño y su jurisprudencia interpretativa.

El 22 de septiembre de 2020, la parte peticionaria presentó su memorando de derecho. En su escrito, la referida parte sostuvo que para el 2005, fecha aproximada en la que se suscitaron los hechos que dieron origen a la demanda de epígrafe, el estado de derecho establecía una responsabilidad solidaria entre los cocausantes de un daño, mediante la cual cada acreedor podía exigir de cada deudor solidario la totalidad de la deuda. Señaló, sin embargo, que dicha normativa cambió en el 2012 prospectivamente mediante el caso de *Fraguada Bonilla v. Hospital Auxilio Mutuo*, 186 DPR 365 (2012). Ante ello, razonó que la orden emitida por el Tribunal de Apelaciones en el caso KLCE201601215, operaba en el contexto de la relación interna entre los demandados para propósitos de cualquier acción de nivelación, tal y como dictaba nuestro estado de derecho en el 2005. Arguyó que, al amparo de la mencionada doctrina, dicha división no tendría efecto alguno en la relación externa de los demandados, ya que cada uno venía llamado a responderle a la parte demandante por la totalidad de sus daños. En cuanto al acuerdo de transacción entre la parte peticionaria y el Dr. Rosario León, indicó que ello no afectaba al Hospital Menonita, ya que la cantidad satisfecha por éste debía deducirse en su día de la compensación total que corresponda pagar en virtud de la Sentencia que adjudique los daños.

El 27 de octubre de 2020, el Hospital Menonita presentó una réplica al memorando de derecho sometido por la parte peticionaria. Sostuvo que la interpretación efectuada por ésta sobre el efecto del acuerdo transaccional carecía de méritos, ya que el asunto fue adjudicado por el Tribunal de Apelaciones en su Sentencia al disponer que el TPI debía adjudicar la porción de responsabilidad de cada codemandado y restarle los porcentos

correspondientes a cada codemandado liberado mediante transacción total de las cuantías estimadas en daños. Reiteró que procedía que el Tribunal descontara el porcentaje de responsabilidad asignado al Dr. Rosario León del monto total de los daños que en su día procedan.

El 2 de noviembre de 2020, la parte peticionaria presentó una réplica a la réplica. Reiteró que de conformidad con la normativa vigente al momento de los hechos, cada deudor solidario respondía por el pago de la totalidad íntegra de la deuda. Así, sostuvo que la cantidad aportada en la transacción por el Dr. Rosario León debía restarse de la cantidad que en su día aporte el Hospital Menonita, y no cabía hablar de restar porcentajes de responsabilidad como pretendía hacer el Hospital Menonita.

Así las cosas, el 3 de agosto de 2021 y notificada al día siguiente, el TPI emitió la Resolución recurrida. En lo pertinente, el foro recurrido dispuso lo siguiente:

Concluimos que el porcentaje mayor de responsabilidad lo tuvo el doctor Rosario quien fue el médico a cargo del tratamiento de la condición médica de la paciente y del procedimiento quirúrgico al que fue sometida, fue quien aconsejó y buscó las alternativas que pudieran satisfacer las expectativas de su paciente, hasta conseguir al doctor Avellanet para que le supliera y aconsejara en el proceso de procurar y colocar los implantes luego de la extirpación radical de los senos de [la] señora Lupiáñez, todo esto sin haber brindado la información necesaria y obtenido el consentimiento informado de la paciente sobre las posibles complicaciones del procedimiento. La participación del doctor Avellanet, quien sin estar autorizado a practicar la medicina ni ser cirujano plástico ni obtener de la señora Lupiáñez un debido consentimiento para su intervención participó en el proceso de forma limitada, y la negligencia del Hospital fueron co-causantes del daño en un grado menor al del doctor Rosario.

En consecuencia, imponemos al doctor Rosario un porcentaje de responsabilidad de 75%, al doctor Avellanet un 15% y un 10% a [1] Hospital Menonita.

(Véase Ap., pág. 211).

Inconforme con la determinación, el 19 de agosto de 2021, la parte peticionaria presentó una moción de reconsideración.

Examinada la misma, el 3 de septiembre de 2021 y notificada el 8 de igual mes y año, el TPI la declaró No Ha Lugar.

Aún insatisfecha, el 6 de octubre de 2021, la parte peticionaria compareció ante este Tribunal de Apelaciones mediante el recurso de epígrafe y le imputó al TPI la comisión de los siguientes errores:

Primer error: Erró el TPI al adjudicar negligencia propia de la institución tan solo en un 10% sobre el Hospital General Menonita de Aibonito (HGMA) debiendo imponerse al hospital la total responsabilidad y negligencia en este caso porque sus omisiones y actos negligentes permean sobre la totalidad de lo ocurrido, permitiendo la intervención ilegal quirúrgica de un extraño en áreas restringidas del hospital, a saber, ala de cirugía y recovery.

Segundo error: Erró el TPI al imponerle a HGMA desproporcionadamente a su responsabilidad en este caso, tan solo un 10% de negligencia, a pesar de haber admitido:

1. La responsabilidad de velar por las personas que entrasen a la Sala de Operaciones el 14 de diciembre de 2005, correspondía al Hospital General HGMA de Aibonito.

2. El Hospital General HGMA de Aibonito era encargado de velar que ningún médico que no tuviese privilegios clínicos de ningún tipo, participara de ninguna manera, como médico, en la cirugía de la Sra. Hilda La Apelante, el 14 de diciembre de 2005.

3. Ningún médico al que no se le hubiese extendido privilegios clínicos, podía intervenir como médico en la cirugía de la Sra. Hilda Lupiáñez el 14 de diciembre de 2005.

4. El 14 de diciembre de 2005 el Dr. Carlos Avellanet le hizo entrega de la tarjeta de los implantes utilizados en la Sra. Hilda Lupiáñez, en el área de "recovery", a Lesbia y Fernando Lupiáñez e, Hilda González.

Tercer error: Erró el TPI al no actuar imparcialmente al momento de emitir su adjudicación sobre la negligencia de los Recurridos, y no imponer solidaridad por los actos y omisiones crasamente negligentes llevados a cabo contra la Sra. Hilda Lupiáñez.

En igual fecha, la parte peticionaria presentó una "Moción Solicitando Paralización de los Procedimientos en Instancia". Ese día, emitimos Resolución mediante la cual le concedimos a la parte

recurrida término para expresarse en torno a la solicitud de paralización, así como del recurso sometido.

El 12 de octubre de 2021, el Hospital Menonita presentó una “Moción en Cumplimiento de Orden” en la cual expresó no tener objeción en cuanto a que se paralizaran los procedimientos.

Ante ello, al día siguiente, emitimos Resolución y decretamos la paralización de los procedimientos del caso a nivel del Tribunal de Primera Instancia.

Así las cosas, el 21 de octubre de 2021, el Hospital Menonita compareció ante este Tribunal mediante un escrito titulado “Oposición de la Parte Recurrida a la Expedición del Auto de *Certiorari* Solicitado”. Con el beneficio de las comparecencias de ambas partes, estamos en posición de resolver.

-II-

-A-

La teoría de daños y perjuicios basada en el Art. 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141⁵, establece que el que por acción u omisión cause daño a otro, mediando culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365, 374 (2012); *Cintrón Adorno v. Gómez*, 147 DPR 576, 598 (1999). Para hacer una reclamación bajo dicho precepto es necesario que concurren los siguientes elementos: (1) un acto u omisión negligente o culposa; (2) el daño, y (3) la relación causal entre el acto u omisión culposo o negligente y el daño sufrido. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 843 (2010); *Pons v. Engebretson*, 160 DPR 347, 354 (2003); *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 308 (1990).

⁵ El referido Código Civil de Puerto Rico de 1930, según enmendado, fue derogado por el Código Civil de Puerto Rico de 2020, aprobado mediante la Ley Núm. 55 de 1 de junio de 2020, según enmendada, 31 LPRA sec. 5311 *et seq.* Para fines del presente caso, se hace referencia únicamente al Código Civil derogado por ser la ley vigente y aplicable a la controversia ante nuestra consideración.

Con relación al primer requisito, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado que el concepto “culpa” del Art. 1802 del Código Civil, *supra*, es tan amplio y abarcador como suele ser la conducta humana e incluye cualquier falta de una persona que produce un mal o daño. *Nieves Díaz v. González Massas, supra*. La culpa radica en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y que corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. La diligencia exigible en estos casos es la que le correspondería ejercer a un buen padre de familia o un hombre prudente y razonable. *Nieves Díaz v. González Massas, supra*, a la pág. 844; *Elba A.B.M. v. U.P.R., supra*, a la pág. 309. Este deber de cuidado consiste en la obligación de todo ser humano de anticipar el peligro de ocasionar daños, cuya probabilidad es razonablemente previsible. *Nieves Díaz v. González Massas, supra*, a la pág. 844; *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 132 (2004).

La determinación sobre si hubo negligencia se fundamenta en la consideración objetiva de lo que hubiese podido anticipar o prever un hombre prudente y razonable bajo idénticas circunstancias. *Nieves Díaz v. González Massas, supra*. Este deber de anticipar y evitar la ocurrencia de un daño, cuya probabilidad es razonablemente previsible, no se extiende a todo riesgo posible. *López v. Dr. Cañizares, supra*, a la pág. 133; *Montalvo v. Cruz*, 144 DPR 748, 756 (1998). Lo medular es que se pueda prever en forma general las consecuencias de determinada acción o inacción. *Íd.*

Por su parte, el concepto de daño ha sido definido como “todo aquel menoscabo material o moral que sufre una persona ya en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio, causado en contravención a una norma jurídica y por el cual ha de responder otra”. *Santini Rivera v. Serv. Air, Inc.*, 137

DPR 1, 7 (1994). Véase, además, *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*, a la pág. 845.

El requisito de nexo causal se encuentra relacionado con el elemento de previsibilidad. Sobre este particular, en nuestra jurisdicción rige la doctrina de causalidad adecuada, la cual postula que no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*, a las págs. 844-845. La relación causal, elemento imprescindible en una reclamación por daños y perjuicios, es un elemento del acto ilícito que vincula al daño directamente con el hecho antijurídico. Íd. En fin, para determinar cuál fue la causa del daño, el demandante tiene que probar que la omisión del demandado fue la que con mayor probabilidad ocasionó el perjuicio reclamado. *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796, 819 (2006).

-B-

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 Art. 1802 del Código Civil, *supra*. *Rodríguez, et al. v. Hospital et al.*, 186 DPR 889, 900 (2016); *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 prueba, que los actos de negligencia, falta de cuidado o impericia del médico causaron el daño reclamado. Íd. A esos efectos, quien promueve la acción 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.

Esto pues, 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).

Nuestro Tribunal Supremo ha establecido 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); *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 lo pertinente, la doctrina de consentimiento informado le impone al médico el deber de informar a su paciente acerca de la naturaleza y riesgos de un tratamiento médico propuesto, de forma tal que el paciente se encuentre en la posición de realizar una decisión inteligente e informada. *Rodríguez Crespo v. Hernández*,

121 DPR 639, 664 (1988). Bajo esta normativa, el médico tiene la obligación de divulgarle al paciente los riesgos razonablemente previsibles, así como los beneficios de tratamientos y procedimientos invasivos del cuerpo humano y de las alternativas disponibles. Íd. Sin embargo, el médico no es responsable por no divulgar riesgos que razonablemente no pueda prever o por no informar una secuela inesperada que surja durante la cirugía. Íd.

En cuanto a la responsabilidad de los hospitales por las actuaciones de los médicos, la jurisprudencia ha reconocido que el hospital podrá responder vicariamente no solo por los médicos empleados sino también por aquellos que, aunque no son sus empleados son parte de su facultad y están disponibles para consultas con otros médicos. *Núñez v. Cintrón*, 115 DPR 598, 606 (1984). Los hospitales responden, además, en conjunto con los concesionarios de franquicias exclusivas para prestar servicios en el hospital cuando cometan actos de impericia médica. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 DPR 484, 515-516 (2009). Ejemplo de ello son los concesionarios de anestesiólogos, radiólogos y proveedores de servicios de sala de emergencia. En ese contexto el hospital responde por haber seleccionado a ese personal y por tenerlo ofreciendo servicios a los pacientes. Íd.

A tales efectos, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha sostenido que el análisis correspondiente en casos de alegada impericia médica debe partir de una determinación a los fines de ver en manos de quién el paciente confió primeramente su cuidado médico: si en el hospital o en el médico. Si el paciente acude en primera instancia al hospital, éste responderá solidariamente con el médico por actos de impericia médica, independientemente de si este último es empleado del hospital o contratista independiente. *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 DPR 397, 406-407 (1985). Por otro lado, si se trata de un paciente privado de un médico que

no es empleado, pero que ostenta privilegios en el hospital, nuestro Tribunal Supremo ha establecido lo siguiente:

Bajo la segunda alternativa- aquélla en que la persona va directamente donde el médico a su oficina privada, acuerda con éste sobre el tratamiento a recibir, y acude a un hospital en particular por recomendación del médico, meramente debido a que dicha institución hospitalaria es una de varias donde el doctor que ha escogido tiene el privilegio de utilizar las facilidades de la misma- la situación es un tanto diferente. Bajo este cuadro de hechos la relación principal que se establece es entre el "paciente" y el médico, siendo de carácter suplementaria e incidental aquella que se crea entre el paciente y el hospital. En esta situación el hospital, como regla general, no debe responder por el acto negligente exclusivo del médico no empleado, a quien en primera instancia y de manera principalísima el paciente confió el cuidado de su salud.

Márquez Vega v. Martínez Rosado, supra, a las págs. 408-409.

-C-

En nuestra jurisdicción es norma reiterada que cuando dos o más personas causan daño a otra al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*, la deuda es indivisible y cada deudor responde ante el perjudicado por la totalidad de la deuda.

Maldonado Rivera v. Suárez y otros, 195 DPR 182; Rodríguez et al. v. Hospital et al., 186 DPR 889, 900 (2012). Jurisprudencialmente se estableció que tal responsabilidad es solidaria, no mancomunada, es decir, esta no puede ser dividida ni cada deudor responde únicamente por la parte que le corresponde.

Maldonado Rivera v. Suárez y otros, supra.

En el caso de *Rodríguez et al. v. Hospital et al., supra*, nuestro Tribunal Supremo tuvo la oportunidad de “pautar, por primera vez, que cuando un tribunal adjudique responsabilidad en un pleito de daños y perjuicios, debe incluir en su sentencia la porción de responsabilidad de todas las partes demandadas”. Íd., a las págs. 892-893. En aquella ocasión, nuestro más alto Foro dispuso que era necesario establecer dicha distribución, **aun cuando algunos de los codemandados hayan llegado a**

acuerdos transaccionales confidenciales con los demandantes e incluso cuando se determine que no tienen responsabilidad.

Íd., a las pág. 893. Por lo tanto, “la determinación judicial de responsabilidad debe indicar la porción exacta que corresponde a cada cocausante o, de lo contrario, se impondrá responsabilidad en cuotas iguales”. Íd., a la pág. 908.

El Tribunal Supremo de Puerto Rico aclaró que al ser solidaria la responsabilidad, cada acreedor o deudor podrá exigir la totalidad de la prestación, sin perjuicio de que posteriormente se recurra a una acción de nivelación entre los codeudores. *Rodríguez et al. v. Hospital et al., supra*, a la pág. 901. Se trata de la relación externa frente al acreedor, donde cada cocausante es responsable por la totalidad de la deuda. Íd. Por otro lado, entre los cocausantes existe una relación interna, en la cual “cada uno está supuesto a responder de acuerdo al grado de responsabilidad en el daño infligido”. Íd.

-D-

Un contrato de transacción es un acuerdo mediante el cual las partes dan, prometen o retienen alguna cosa, con el propósito de evitar un pleito o poner término a uno que ya comenzó. Art. 1709 del Código Civil, 31 LPR sec. 4821; *US Fire Insurance v. A.E.E.*, 174 DPR 846, 853 (2008); *Blas v. Hospital Guadalupe, supra*, a la pág. 449. Los elementos característicos de un contrato de transacción son: (1) la existencia de una controversia o relación jurídica incierta litigiosa; (2) la intención de las partes de eliminar o superar esa controversia; y (3) concesiones recíprocas. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo, supra*, a la pág. 498; *US Fire Insurance v. A.E.E., supra*, a la pág. 853.

Los efectos que tendrá un contrato para transigir la reclamación contra los demás codemandados que no transigieron dependerá de lo pactado entre el demandante y el codemandado

liberado. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo, supra*, a la pág. 499; *US Fire Insurance v. A.E.E., supra*, a la pág. 855. Se ha aclarado que el relevo de responsabilidad puede ser de dos tipos: 1) limitarse únicamente a renunciar a la acción en daños y perjuicios en contra de uno de los co-causantes del daño (relación externa); y 2) conllevar un relevo total; esto es, respecto a los daños sufridos por la víctima del acto culposo o negligente, como del resarcimiento por parte de los otros co-causantes del daño (relación interna). *US Fire Insurance v. A.E.E., supra*, a las págs. 855–857; *Sagardía De Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo, supra*, a las págs. 499–501. El primer tipo de acuerdo no impide continuar la reclamación contra otros co-causantes, pues la cantidad recibida en virtud de dicho acuerdo se considera un pago parcial de la sentencia que en su día recaiga. *US Fire Insurance v. A.E.E., supra*, pág. 857. Así, de tener que satisfacer una suma en exceso a su porción de responsabilidad, los co-causantes tendrán disponible la correspondiente acción de nivelación. Íd.

Por otro lado, cuando se acuerda relevar a un co-causante de su responsabilidad, tanto en la relación interna como en la externa, el demandante asume la porción de responsabilidad que se le atribuya al co-causante liberado. *US Fire Insurance v. A.E.E.*, a la pág. 856; *Szendrey v. Hospicare Inc., supra*, a las págs. 656-659. Esto tiene base en el hecho de que los demás causantes del daño quedan privados de su derecho de nivelación. *US Fire Insurance v. A.E.E., supra*. Es decir que, “en este contexto, los demás co-causantes no estarán sujetos a resarcir la totalidad de los daños, sino sólo la porción remanente luego de restar el monto correspondiente a la porción de responsabilidad del co-causante liberado”. Íd.; *Szendrey v. Hospicare Inc., supra*, a la pág. 658.

-E-

El auto de *certiorari* constituye un vehículo procesal discrecional que permite a un tribunal de mayor jerarquía revisar las determinaciones de un tribunal inferior. *Mun. de Caguas v. JRO Construction*, 201 DPR 703, 711 (2019); *IG Builders et al. v. BBVAPR*, 185 DPR 307, 337-338 (2012); *García v. Padró*, 165 DPR 324, 334-335 (2005). Si bien el auto de *certiorari* es un vehículo procesal extraordinario de carácter discrecional, al atender el recurso no debemos “hacer abstracción del resto del derecho”. *Mun. de Caguas v. JRO Construction, supra*. Así, a los fines de ejercer sabiamente nuestra facultad discrecional en la consideración de los asuntos planteados mediante dicho recurso, la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, imparte que esta segunda instancia judicial tomará en consideración los siguientes criterios al determinar si procede o no la expedición de un auto de *certiorari*:

(A) *Si el remedio y la disposición de la decisión recurrida, a diferencia de sus fundamentos, son contrarios a derecho.*

(B) *Si la situación de hechos planteada es la más indicada para el análisis del problema.*

(C) *Si ha mediado prejuicio, parcialidad o error craso y manifiesto en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Primera Instancia.*

(D) *Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegatos más elaborados.*

(E) *Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.*

(F) *Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final del litigio.*

(G) *Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.*

El Tribunal de Apelaciones sólo intervendrá en el ejercicio de la discreción del Tribunal de Primera Instancia en aquellas situaciones en que se demuestre que este último: (1) actuó con prejuicio o parcialidad, (2) incurrió en un craso abuso de

discreción o (3) se equivocó en interpretar o aplicar cualquier norma procesal o de derecho sustantivo. *Rivera y otros v. Bco. Popular*, 152 DPR 140, 155 (2000).

-III-

La parte peticionaria nos plantea, en esencia, que el foro primario incurrió en error al imponerle al Hospital Menonita un 10% de responsabilidad, a pesar de que, a su juicio, sus omisiones y actos negligentes fueron los que provocaron que un médico sin privilegios en el hospital tuviera acceso a la sala de operaciones sin la debida licencia médica y autorización para ello. Además, sostiene que dicha conducta permitió la negligencia de los demás codemandados, razón por la cual el porcentaje de responsabilidad que se le debía adjudicar al Hospital Menonita debía ser de un 100%.

Según reseñamos, luego de haberse celebrado la vista para dilucidar el aspecto de negligencia de la reclamación, el TPI emitió la “Resolución y Sentencia Parcial” en la cual le imputó responsabilidad al Dr. Rosario León por sus omisiones negligentes en la obtención del consentimiento informado de la Sra. Lupiáñez González para su cirugía de la reconstrucción de senos. Por otro lado, en cuanto al Hospital Menonita, el foro primario determinó que no se probó que éste incurriera en algún tipo de responsabilidad. Por último, respecto al Dr. Avellanet Quiñones, el TPI pospuso su determinación en cuanto a su responsabilidad para la segunda fase del proceso para “dilucidar con más certeza cómo sus actuaciones contribuyeron a causar los daños de la parte demandante”.

La referida “Resolución y Sentencia Parcial” fue objeto de revisión por un panel de este Tribunal en el caso KLAN201601215, el cual, esencialmente, no intervino con las determinaciones realizadas por el TPI en cuanto a la responsabilidad del Dr. Rosario

León. En particular, determinó que la culpa del galeno consistió en no haber anticipado una complicación previsible y no haberla discutido con la paciente ni con el médico en quien descansó como perito en el uso de implantes.

Respecto al Hospital Menonita, este Tribunal de Apelaciones revocó la determinación del TPI y resolvió que dicha entidad incurrió en responsabilidad. En particular, determinó que el hospital falló en su deber de velar por la seguridad de una paciente mientras era intervenida quirúrgicamente dentro de sus instalaciones, así como en su deber de vigilar que los galenos con acceso al uso de éstas estuvieran debidamente autorizados para ello.

Por último, en cuanto al Dr. Avellanet Quiñones, el panel de este Tribunal aclaró en su Sentencia que de conformidad con la prueba desfilada en la vista, la relación profesional entre la Sra. Lupiáñez González y el médico comenzó previo a que se llevara a cabo la operación. Contrario a lo concluido por el TPI, razonó que éste incurrió en negligencia, ya que suplió los implantes a la paciente a base de las medidas que previamente le tomó en su examen físico y falló en anticipar que, al realizarse la cirugía de reconstrucción, debían estar disponibles una variedad de implantes o expansores de ocurrir algún imprevisto. A esto, el panel le sumó el hecho de que al galeno se le había suspendido su licencia médica y que la Sra. Lupiáñez González desconocía que éste no era cirujano plástico, a pesar de haber confiado en su opinión pericial. Ante ello, concluyó que el Dr. Avellanet Quiñones tampoco obtuvo el consentimiento informado de la Sra. Lupiáñez González para participar en la cirugía de reconstrucción.

Tras haber concluido que el Dr. Rosario León, el Dr. Avellanet Quiñones y el Hospital Menonita eran solidariamente responsables ante la parte peticionaria, el foro intermedio devolvió

el caso al TPI para que, “**en el ejercicio de su sana discreción**, [le fijara] la porción de responsabilidad que le corresponde a cada uno, inclusive, al Dr. Rosario. [...]”⁶ (Énfasis nuestro). Ello, a tenor con lo resuelto por nuestro Tribunal Supremo en el caso de *Rodríguez et al. v. Hospital et al., supra*. Asimismo, se incluyó en una nota al calce la siguiente expresión:

[l]a prueba que obra en el expediente de este caso y la misma sentencia del Tribunal de Primera Instancia, nos impide concluir que todos los codemandados incurrieron en igual proporción de responsabilidad. El Tribunal de Primera Instancia debe aclarar qué porción de responsabilidad corresponde a cada uno de los demandados, incluyendo, a los que transigieron en el pleito. En la sentencia debe hacerse constar la porción de responsabilidad de cada codemandado, y restarse los porcentajes correspondientes a los codemandados liberados mediante transacción total de las cuantías estimadas de daños. Rodríguez et al v. Hospital et al., 186 DPR 889, 908 (2012).

De conformidad con el dictamen emitido por esta segunda instancia judicial, el TPI procedió a imponer los siguientes porcentajes de responsabilidad a los codemandados: 75% al Dr. Rosario León, 15% al Dr. Avellanet Quiñones y 10% al Hospital Menonita.

Tomando como base las determinaciones de hechos formuladas por el foro primario que fueran adoptadas por el panel de este Tribunal de Apelaciones en el caso KLCE201601215, coincidimos con el TPI en cuanto a que la responsabilidad mayor la tuvo el Dr. Rosario León. Según la prueba desfilada en la vista celebrada para recibir evidencia sobre el aspecto de negligencia, éste tenía privilegios para ejercer su profesión en el Hospital Menonita, estuvo a cargo de la operación de la Sra. Lupiáñez González y fue a quien ésta le confió su cuidado médico. Asimismo, el Dr. Rosario León realizó las diligencias correspondientes para que el Dr. Avellanet Quiñones participara de la intervención quirúrgica y descansó en su criterio en cuanto al

⁶ Véase Ap., pág. 46.

uso de implantes. Además, se estableció la relación causal entre la falta del consentimiento informado por parte del galeno y la materialización del riesgo no divulgado.

A esos efectos, la prueba desfilada demostró que, durante la intervención, el Dr. Rosario León no encontró músculo suficiente para localizar los implantes y, en lugar de abortar la reconstrucción, los colocó debajo de la piel sin cubierta muscular. Se probó que esto tuvo como consecuencia la contractura de la cápsula severa y la extrusión eventual del implante. A causa de ello, la demandante contrajo una infección. A pesar de que el TPI determinó que el doctor no se apartó de los estándares prevalecientes de la profesión médica, su culpa consistió en no haber anticipado una complicación previsible, no haberle informado a la paciente sobre los riesgos comunes tras la colocación de los implantes, ni haberle explicado cuál sería la participación del Dr. Avellanet Quiñones en la cirugía. Además, se probó que éste no discutió los riesgos anticipables de la reconstrucción mediante el uso de implantes con el Dr. Avellanet Quiñones, a pesar de que descansó en él para que, a base de su examen físico de la paciente, proporcionara los implantes adecuados.

Por otro lado, el único factor de responsabilidad que el panel de este foro intermedio encontró probado en cuanto al Hospital Menonita fue que dicha entidad falló en su deber de velar por la seguridad de una paciente mientras era intervenida quirúrgicamente y que los médicos que entraran a sus instalaciones estuvieran debidamente autorizados para ello. Es decir, la responsabilidad del hospital consistió en no haber impedido la participación del Dr. Avellanet Quiñones en la cirugía de reconstrucción, quien, de conformidad con la prueba desfilada y

creída por el foro primario, también tuvo un grado mínimo de responsabilidad frente a la paciente.

Evidentemente, las claras deficiencias en el proceso de consentimiento informado atribuibles al Dr. Rosario León, dieron paso a que el TPI le adjudicara una cantidad mayor de responsabilidad en comparación al asignado al Hospital Menonita y al Dr. Avellanet Quiñones. En ese sentido, el foro primario actuó de conformidad con las directrices esbozadas en la Sentencia dictada por este Tribunal apelativo intermedio en el caso KLAN201601215 y, en el ejercicio de su sana discreción, fijó la respectiva porción de responsabilidad a cada uno de los codemandados, inclusive al Dr. Rosario León, quien formó parte de un acuerdo transaccional convenido con la demandante.

Por otro lado, el TPI le concedió al Hospital Menonita la oportunidad de evaluar los términos y condiciones del acuerdo transaccional otorgado entre el Dr. Rosario León y la parte peticionaria. Lo anterior, a los fines de verificar el alcance del mismo y establecer hasta dónde el galeno fue liberado de responsabilidad. Es decir, para determinar si solo fue liberado en la relación externa o, además, en la relación interna respecto a los demás co-causantes. Dicha determinación está amparada en el derecho aplicable previamente esbozado.

En definitiva, la parte peticionaria no ha logrado demostrar que el TPI incurriera en error, perjuicio o parcialidad al adjudicarle un 10% de responsabilidad al Hospital Menonita. Dicha determinación encuentra base en la prueba desfilada en la vista de negligencia y es cónsona con las determinaciones que forman parte de la Sentencia emitida por este foro intermedio en el recurso KLAN201601215. En virtud de lo anterior, no intervendremos con el dictamen recurrido. Siendo ello así, procede denegar la expedición del presente recurso de conformidad con las

disposiciones de la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, *supra*.

-IV-

Por los fundamentos expuestos, denegamos el auto de *certiorari* solicitado por la señora Hilda Lupiáñez González, el señor Edwin Colón Martínez, la Sociedad Legal de Gananciales compuesta por ambos y sus hijos.

Se deja sin efecto la paralización decretada y se devuelve el caso al Tribunal de Primera Instancia, Sala de Aibonito, para la continuación de los procedimientos.

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

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