

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

TELESIA MARIE WALTON COLÓN Y EDDIE ALBERTO MONTAÑEZ NIEVES Demandantes - Apelados	KLAN202000370	APELACIÓN procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala de Bayamón
v.	KLAN202000748	Civil Núm.: D DP2008-0344
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO; MUNICIPIO DE DORADO Y PRESBYTERIAN COMMUNITY HOSPITAL Demandados - Apelantes	CONSOLIDADOS	Sobre: Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez Salgado Schwarz, la Jueza Reyes Berríos y el Juez Rodríguez Flores¹

Reyes Berríos, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 28 de febrero de 2022.

Comparece la parte demandada, Presbyterian Community Hospital, (en adelante, PCH) mediante un recurso de *Apelación* (**KLAN202000370**). Solicita que revoquemos la *Sentencia* dictada por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Bayamón, el 11 de marzo de 2020, debidamente notificada el 3 de junio de 2020. Mediante el aludido dictamen, el foro *a quo* falló a favor de los demandantes y apelados del título y responsabilizó a PCH en un 25% por los daños causados a aquellos.

A su vez, el Municipio de Dorado (en adelante, Municipio) acude ante este foro revisor por medio de una *Petición de Apelación* (**KLAN202000748**). Solicita que revoquemos la misma *Sentencia* dictada por el foro *a quo*, la cual imputó responsabilidad al Municipio en un 75% de los perjuicios sufridos por la parte apelada.

¹ Mediante Orden Administrativa Núm. TA-2020-113 se designa a la Hon. Noheliz Reyes Berríos en sustitución del Hon. Félix R. Figueroa Cabán. Además, en la Orden Administrativa Núm. TA-2021-140 se designa al Hon. Fernando L. Rodríguez Flores en sustitución del Hon. Gerardo A. Flores García.

Examinados los recursos apelativos presentados y la oposición de la parte apelada, así como el ordenamiento jurídico aplicable, acordamos confirmar el dictamen impugnado.

I.

La presente causa se inicia el 7 de abril de 2008, ocasión en que la parte apelada, conformada por la señora Telesia Walton Colón y el señor Eddie Montañez Nieves, presentó una *Demanda* sobre daños y perjuicios contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, como patrono del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Dorado (en adelante, CDT), el Municipio de Dorado y su aseguradora, identificada con un nombre ficticio.² En apretada síntesis, alegó haber sufrido daños morales, debido al retraso incurrido por los paramédicos adscritos a la Oficina Municipal para el Manejo de Emergencias (en adelante, OMME), quienes transportaron a la señora Walton al CDT de Dorado, en lugar de llevarla al PCH, donde le practicarían una cesárea. Según la pareja, en el CDT, el médico de turno, el doctor Juan Ruiz Ríos, intervino con la señora Walton. Reza la reclamación que el galeno acompañó a la pareja en la ambulancia hasta el PCH, donde fue trasladada a la sala de parto. En la acción civil, no se alegó ninguna reclamación contra PCH.

El Municipio presentó su alegación responsiva, en la cual de manera escueta negó las imputaciones en su contra y expuso un puñado de defensas afirmativas.³ En lo que nos concierne, el Municipio instó también una *Demanda contra Tercero* para imputar responsabilidad a PCH.⁴ Por su parte, PCH incoó su contestación y reconvino contra el Municipio.⁵ El Municipio presentó, a su vez, su

² Apéndice KLAN202000370, págs. 20-22.

³ Apéndice KLAN202000370, págs. 23-24.

⁴ Apéndice KLAN202000370, págs. 28-29 (incompleta).

⁵ Apéndice KLAN202000370, págs. 30-34.

alegación responsiva a la reconvencción.⁶ Luego de varios trámites que no son necesarios pormenorizar,⁷ los litigantes presentaron el *Informe enmendado de conferencia con antelación al juicio*.⁸ Allí, la parte apelada, PCH y el Municipio estipularon los siguientes hechos relevantes a los asuntos que nos competen:

1. Para el 17 de noviembre de 2007, los doctores Leonardo Molina Millet y William Ruiz Vale tenían privilegios para atender a sus pacientes en [PCH].
2. Para el 17 de noviembre de 2007, la demandante Telesia Walton Colón (Walton) se atendía su embarazo con el doctor William Ruiz Vale, quien era su ginecólogo y obstetra principal.
3. Walton tuvo un primer parto vaginal en el año 2001; un segundo parto por cesárea en el 2003 y un tercer parto por cesárea en el 2006.
4. El Dr. William Ruiz Vale fue el obstetra del tercer embarazo de Walton el cual se llevó a cabo en [PCH].
5. Walton se dio cuenta que estaba embarazada a los 6 meses.
6. Walton comenzó el tratamiento prenatal del cuarto embarazo con el Dr. William Ruiz Vale el 31 de agosto de 2007.
7. En la visita del 31 de agosto de 2007, el Dr. William Ruiz Vale documentó que Walton tenía 29 4/7 semanas de gestación y pobre cuidado prenatal.
8. Walton recibió cuidado prenatal con el Dr. William Ruiz Vale hasta el 16 de noviembre de 2007.
9. El Dr. William Ruiz Vale instruyó a Walton que en caso de emergencia tenía que llamar a su número de celular o al de su oficina.
10. El Dr. William Ruiz Vale instruyó a Walton que, si él no estaba, los doctores Merle o Molina la atenderían.
11. En la visita del viernes 16 de noviembre de 2007, el Dr. William Ruiz Vale documentó que se orientó a

⁶ Apéndice KLAN202000370, págs. 37-38.

⁷ El Municipio instó varias demandas contra tercero y coparte. Eventualmente, desistió de estas y el foro primario dictó las respectivas sentencias parciales de desistimiento. Refiérase al Apéndice KLAN202000370, págs. 26-27; 35-36; 39-41; 42-43; 44-47; 48-48; 50-54; 55-59; 60-61; 62-64; 158-171. No obstante, a petición de la parte demandante y apelada, el Tribunal decidió retener la jurisdicción sobre PCH, ya que habían surgido controversias entre aquellos y el tercero demandado. Véase, Apéndice KLAN202000370, págs. 65-69; 70-73; 74-76; 122-130; 131-132; 133-167; 172-184.

⁸ Apéndice KLAN202000370, págs. 185-225.

Walton que, ante cualquier signo de parto, sangrado, disminución de movimiento o descarga líquida, debía ir lo antes posible a [PCH].

12. El 17 de noviembre de 2007, Eddie Montañez llamó al número telefónico del Dr. William Ruiz Vale.
13. En esa llamada, salió una grabación en la que se instruyó a llamar al Dr. Leonardo Molina Millet.
14. Luego, Eddie Montañez llamó al Dr. Leonardo Molina Millet.
15. En esa llamada, el Dr. Leonardo Molina Millet instruyó a Walton a ir a [PCH].
16. Después de esa llamada, Minerva Colón, madre de Telesia Walton, llamó al 911, para solicitar una ambulancia.
17. La agencia del 911 pasó la llamada [al] Centro de Emergencias Médicas (CEM), la cual fue atendida por el operador del CEM, Monge.
18. Minerva le indicó al operador Monge del CEM que Telesia estaba a punto de parir y que estaba sangrando.
19. Minerva le indicó al operador Monge del CEM, que Telesia estaba para cesárea, porque había tenido dos cesáreas anteriores.
20. El CEM le solicitó a la Oficina Municipal para el Manejo de Emergencias del Municipio de Dorado (OMME), que enviara una ambulancia a la casa de Telesia Walton.
21. La ambulancia del OMME con los paramédicos que atendieron la emergencia de Walton llegaron a casa de Walton a las 9:51 a.m.
22. La ambulancia salió de la casa de Walton hacia el CDT a las 10:03 a.m.
23. La ambulancia llegó al CDT a las 10:12 o a las 10:25 a.m.
24. El Dr. Juan M. Ruiz Ríos, médico del CDT, documentó que encontró que la paciente estaba con palidez, taquicárdica, con contracciones cada 4 minutos aproximadamente y tenía 5 cm de dilatación cervical.
25. La ambulancia salió del CDT a las 10:37 a.m. para llevar a Walton a [PCH].
26. Los paramédicos salieron del CDT en dirección al [PCH].

27. De acuerdo a Walton, desde que la cambiaron de camilla y le pusieron las correas fue rápido.
28. La enfermera [Elianette] Rodríguez [Caraballo] de [PCH] recibió a Walton y documentó el Estimado Inicial y Nota de Admisión.⁹
29. La enfermera [Elianette] Rodríguez [Caraballo] de [PCH] entrevistó a Walton quien proveyó su historial.¹⁰
30. La enfermera [Elianette] Rodríguez [Caraballo] se comunicó con el Dr. William Ruiz Vale a las 11:19 a.m.
31. La paciente fue evaluada por el Dr. Jorge Sánchez [Castro], quien se encontraba atendiendo a sus pacientes privadas.
32. El Dr. Jorge Sánchez [Castro] le dijo a Walton que tenía que pujar.
33. Ante la llamada al Dr. William Ruiz Vale, este ordenó que se administrara suero y se tomaran muestras de sangre para CBC, PT/PTT, U/A y BMP.
34. Walton fue admitida a la sala de parto del [PCH], documentándose un parto de emergencia.
35. A las 11:26 a.m., la paciente dio a luz un varón que no respiraba ni tenía signos vitales, teniendo un APGAR de "0".
36. El personal de enfermería llamó a la neonatóloga, Dra. Rosa Bonilla. La doctora Bonilla encontró que el bebé no tenía respiración, ni pulso cardíaco, nació muerto. Procedió a entubar al bebé y realizar esfuerzos para revivirlo durante 50 minutos, momento en el que se declaró muerto.
37. El Dr. William Ruiz Vale llegó a la Sala de Partos y admitió a Walton a la Sala de Operaciones al encontrar que estaba mareada y sangrando.
38. El CBC demostró que la hemoglobina de Walton era de 5.85 mg/l o menos.
39. Walton fue transfundida de emergencia.
40. El Dr. William Ruiz Vale realizó una histerectomía subtotal.
41. Desde que comenzaron las contracciones a las 5:00 a.m. hasta que Walton fue admitida a Sala de Partos

⁹ Debe decir, Magalis Rosa Galarza; véase, Transcripción de la Prueba Oral (en adelante, TPO) del 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000360, págs. 2116-2117; 2150-2151.

¹⁰ *Íd.*

de [PCH] a las 11:17 a.m., transcurrieron 6 horas y 17 minutos.

42. Desde que Walton fue admitida a Sala de Partos de [PCH] a las 11:17 a.m. hasta que se precipitó el parto a las 11:26 a.m. transcurrieron 9 minutos.

43. Walton fue dada de alta el 22 de noviembre de 2007.

44. Telesia Walton y Eddie Montañez no están casados legalmente.

En el documento conjunto, la parte apelada esbozó una teoría en la que imputó negligencia, tanto al Municipio como a PCH, por las demoras incurridas en atender la emergencia del parto, por parte del personal paramédico y de enfermería, respectivamente. Así, responsabilizó vicariamente a los apelantes por los daños, la muerte de la criatura y la histerectomía subtotal a la que la señora Walton fue sometida. Afirmó que, entre dos a tres minutos antes de dar a luz, el corazón de la criatura dejó de latir, según lo mostró la gráfica del monitor cardíaco (*correas*).

El Municipio, por su parte, planteó que no respondía por los daños sufridos, toda vez que los paramédicos no fueron negligentes ni se tardaron en el manejo del caso. Indicó que, luego de estabilizar a la paciente, se dirigieron al PCH.

Finalmente, PCH adujo que el caso trataba de una emergencia obstétrica de placenta previa, sobrevenida durante la madrugada del 17 de noviembre de 2007. Aseveró que la señora Walton llegó a la institución hospitalaria seis horas más tarde, cuando su situación era muy crítica. Sostuvo que el personal de la institución hospitalaria manejó la situación con carácter de emergencia; pero al llegar tan tarde al hospital, la criatura nació sin vida debido a la condición de placenta previa. Añadió que se tuvo que practicar una histerectomía a la señora Walton para salvar su vida.

Trabadas las controversias, celebrado el juicio en su fondo,¹¹ el foro de primera instancia aquilató la prueba testifical y pericial y notificó el 3 de junio de 2020 la *Sentencia* impugnada, mediante la cual declaró con lugar la reclamación de los demandantes y apelados. Justipreció que el Municipio y su aseguradora eran responsables de los daños en un 75% y PCH en un 25%. Consecuentemente, los condenó a sufragar sendas indemnizaciones de \$500,000 y \$200,000 a favor de la señora Walton y el señor Montañez, respectivamente, por concepto de sus sufrimientos y angustias mentales.¹²

¹¹ TPO del **13 de junio de 2017**, por la parte demandante y apelada testificaron Aisha Walton Colón (Apéndice KLAN202000370, págs. 492-513); Eddie Montañez Nieves (Apéndice KLAN202000370, págs. 546-663); Telesia Walton Colón (Apéndice KLAN202000370, págs. 663-748; 771-876). TPO del **14 y 15 de junio de 2017**, declaró el perito de la parte demandante y apelada, doctor Alex Andújar Alejandro (Apéndice KLAN202000370, págs. 909-1053; 1064-1292). Cabe señalar que están omitida las horas de la mañana de la continuación del juicio celebrado el 15 de junio de 2017, que debió incluir parte del directo del perito de la parte apelada, doctor Andújar, y parte del contrainterrogatorio a este a cargo de la representación legal del Municipio de Dorado. TPO del **10 de julio de 2017**, el Municipio presentó a los declarantes Eliezer González Ramos (Apéndice KLAN202000370, págs. 1414-1475); Joselito Colón Oquendo (Apéndice KLAN202000370, págs. 1476-1581). TPO del **11 de julio de 2017** comprende el testimonio del perito del Municipio, doctor José J. Gorrín Peralta (Apéndice KLAN202000370, págs. 1594-2042). TPO del **12 de julio de 2017** incluye las declaraciones de los testigos de PCH, las enfermeras Magaly Rosa Galarza (Apéndice KLAN202000370, págs. 2056-2146); y Elianette Rodríguez Caraballo (Apéndice KLAN202000370, págs. 2146-2171). Finalmente, TPO del **13 de julio de 2017**, PCH presentó su perito, doctor Fernando Montilla López (Apéndice KLAN202000370, págs. 2218-2303).

¹² Las inmunidades estatutarias son excepciones que tienen el efecto de limitar la responsabilidad del deudor inmune. Estas defensas pueden ser presentadas por un codeudor solidario. “Así este puede servirse de la inmunidad o el límite de responsabilidad estatutaria de otro codeudor en la porción de la deuda de la cual sea responsable ese otro”. *Quilez-Velar v. Ox Bodies, Inc.*, 198 DPR 1079, 1089 (2017). A estos efectos, el Tribunal Supremo resolvió que un deudor solidario puede valerse del límite de responsabilidad estatutaria que cobija a un municipio codeudor, en la porción de la deuda que sea atribuible a ese municipio. *Íd.* Como se sabe, en nuestro ordenamiento legal, los municipios de Puerto Rico gozan de un límite de responsabilidad en casos de daños y perjuicios. El Artículo 15.004 de la Ley de Municipios Autónomos, 21 LPRA sec. 4704, hoy derogado, pero vigente a los hechos, precisaba que los ayuntamientos respondían por un máximo de \$75,000 por persona o de \$150,000 cuando los daños se le ocasionaran a más de una persona o cuando fueran varias causas de acción. Actualmente, el Código Municipal de 2020 lo reproduce en su Artículo 1.052, 21 LPRA sec. 7083. Ahora bien, el Artículo 20.050, 26 LPRA sec. 2004, del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que, aun cuando un municipio no renuncia a su inmunidad, si obtiene un seguro de responsabilidad, este responderá hasta el tope de la cubierta. El Tribunal Supremo resolvió que un coacusante está impedido de ejercer una acción de nivelación contra otro cobijado por una inmunidad estatutaria. Igualmente, el alto foro rechazó “imputarle a un codeudor solidario la responsabilidad de pagar por la porción de los daños atribuible a un codeudor cobijado por una inmunidad estatutaria”. *Quilez-Velar v. Ox Bodies, Inc.*, *supra*, pág. 1087. Por lo tanto, “si un codeudor es inmune por razón de una ley que así lo prescribe, su porción de la deuda no debe formar parte de la deuda solidaria. Asimismo, si un codeudor está cobijado por un límite de responsabilidad estipulado por la ley, como en el caso de autos, pues su porción de la deuda no puede rebasarse del límite establecido”. *Íd.*, págs. 1087-1088; véase, además, Artículo 1101 del Código Civil de 1930, 31 LPRA

Inconforme, dentro del término de sesenta días disponible para ello,¹³ el 10 de julio de 2020, PCH presentó ante este foro revisor la presente *Apelación* (**KLAN202000370**) y señaló los siguientes errores:

- i. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL NO CONCEDER EL *NON-SUIT* SOLICITADO POR EL PCH EL 10 DE JULIO DE 2017.
- ii. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL IMPUTAR LA “EXCESIVA DEMORA” AL PCH.
- iii. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL ENTENDER QUE DEBÍA LLEVARSE A LA PACIENTE A SALA DE OPERACIONES EN VEZ DE A SALA DE PARTOS.
- iv. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL ENTENDER QUE HUBO DECELERACIONES EN EL TRAZADO TOMADO EL 17 DE NOVIEMBRE DE 2007.
- v. ERRÓ EL TRIBUNAL AL ENTENDER QUE ERA NECESARIO UN SONOGRAMA PARA DETERMINAR QUE HUBO UN DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA.
- vi. ERRÓ EL TRIBUNAL AL ENTENDER QUE A LA DEMANDANTE SE LE DEBÍA REALIZAR UNA CESÁREA EN VEZ DE UN PARTO.
- vii. ERRÓ EL TRIBUNAL AL ENTENDER QUE DE HABER OCURRIDO UN DESPRENDIMIENTO TOTAL DE PLACENTA TEMPRANO EL 17 DE NOVIEMBRE DE 2007, LA PACIENTE NO LE HUBIESEN TENIDO QUE ROMPER LA FUENTE.
- viii. ERRÓ EL TRIBUNAL AL ENTENDER QUE, AL NO PODER INDICAR CU[Á]NDO OCURRIÓ EL DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA, O SI FUE PARCIAL O TOTAL EL DESPRENDIMIENTO, ENTONCES CONCLUYE QUE FUE DESPUÉS DEL PARTO QUE SE DESPRENDIÓ.
- ix. ERRÓ EL TRIBUNAL EN LA APRECIACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL Y DOCUMENTAL AL NO ENTENDER QUE LA CAUSA DE MUERTE DEL BEBÉ FUE *ABRUPTIO PLACENTAE* Y *COUVELIER* [*sic*] *UTERUS* QUE TUVO LA DEMANDANTE, TELESIA WALTON COLÓN.

sec. 3112 (Derogado, pero vigente a los hechos; actualmente dispuesto en el Artículo 1107 del Código Civil de 2020, 31 LPRA sec. 9066).

¹³ En su parte pertinente, la Regla 52.2 (c) de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 52.2 (c), dispone que, cuando los municipios del Estado Libre Asociado de Puerto Rico son parte de un pleito, “el recurso de apelación para revisar sentencias del Tribunal de Primera Instancia [...] [deberá] ser presentad[o] por cualquier parte en el pleito perjudicada por la sentencia [...], dentro del término jurisdiccional de sesenta (60) días contados desde la fecha del archivo en autos de copia de la sentencia [...]”.

- x. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL ENTENDER QUE LA HISTERECTOMÍA REALIZADA PODÍA EVITARSE.
- xi. ERRÓ EL HONORABLE TPI AL DARLE MAYOR PESO AL TESTIMONIO DEL PERITO MÉDICO DE FAMILIA EN VEZ DE A LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA.

De otro lado, en ocasión de la *Resolución* del 22 de mayo de 2020 del Tribunal Supremo de Puerto Rico, *In re: Medidas judiciales ante situación de emergencia de salud por el Covid-19*, 204 DPR 317 (2020), en la que el alto foro extendió al 15 de julio de 2020 aquellos términos vencidos entre el 16 de marzo y 14 de julio de 2020, luego de instado y notificado el recurso apelativo de PCH, el Municipio presentó una *Moción de reconsideración y solicitud de determinaciones de hechos y de derecho adicionales* ante el Tribunal de Primera Instancia el 14 de julio de 2020. Al día siguiente, el 15 de julio de 2020, el Municipio presentó una *Moción Informativa* ante esta curia, en la cual expuso que había incoado el aludido recurso, el cual dijo “paraliza el término para acudir en apelación”.

El 24 de julio de 2020, se archivó en autos una *Orden* del foro compelido a reconsiderar su determinación, mediante la cual declaró: “TRIBUNAL NO TIENE JURISDICCIÓN. LA CODEMANDADA PRESENTÓ RECURSO DE APELACIÓN EL 10 DE JULIO DE 2020”.¹⁴ Aun así, el 29 de julio de 2020, el Municipio presentó ante este tribunal revisor una *Moción solicitando desestimación por falta de jurisdicción*, en la cual nos invitó a desestimar el recurso apelativo de PCH por prematuro. El 9 de septiembre de 2020, declaramos la petición sin lugar. Luego, el 22 de septiembre de 2020, el Municipio instó su *Petición de Apelación* (KLAN202000748).¹⁵ El 15 de diciembre

¹⁴ Véase, Apéndice KLAN202000748, págs. 39-40.

¹⁵ Reproducimos los errores señalados:

1ER ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL CONCEDERLE MAYOR VALOR PROBATORIO AL PERITO MÉDICO DE FAMILIA, CON MÍNIMAS NOCIONES DE OBSTETRICIA, QUE A MÉDICOS ESPECIALISTAS CON VASTA EXPERIENCIA EN EL CAMPO DE

de 2020, ambos recursos fueron consolidados, al amparo de la Regla 80.1 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones. Por su parte, el 16 de junio de 2021, los demandantes y apelados presentaron su *Oposición a Apelación*, en el que únicamente objetaron los señalamientos de error de PCH. Con el beneficio de su comparecencia, resolvemos.

II.

A. Apreciación de la prueba oral

En aquellos casos en los que, a través de un recurso apelativo, se impute al Tribunal de Primera Instancia la comisión de algún error que se relacione con la suficiencia de la prueba testifical o con la apreciación de la prueba, la parte apelante tendrá la obligación de

LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, CON AMPLIAS CREDENCIALES Y APOYO ENTRE SUS PARES.

2DO ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL ADOPTAR CASI *AD VERBATIM* EN LA SENTENCIA UN INFORME PLAGADO DE SERIAS INCONSISTENCIAS, INCOHERENCIAS, ARBITRARIEDADES Y FALTA DE RIGOR CIENTÍFICO.

3ER ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL DESCARTAR ARBITRARIAMENTE Y FUNDAMENTO ALGUNO EL INFORME Y EL TESTIMONIO PERICIAL DEL DR. JOSÉ GORRÍN PERALTA.

4TO ERROR: ERRÓ EL TPI AL NO PERMITIRLE AL PERITO DEL MUNICIPIO DE DORADO HACER REFERENCIA A OTRO INFORME.

5TO ERROR: EL TPI ESPECULÓ, ABUSÓ DE SU DISCRECIÓN Y ACTUÓ ARBITRARIAMENTE CUANDO LE IMPUTÓ A LOS PARAMÉDICOS LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL POR MUERTE FETAL.

6TO ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL NO CONCLUIR QUE LOS DEMANDANTES FUERON LOS UNICOS RESPONSABLES POR EL NATI-MUERTO.

7MO ERROR: ERRÓ EL TPI AL HACER CASO OMISO A QUE LA DEMANDANTE ESTUVO UNAS 4 HORAS Y 30 MINUTOS DESDE QUE COMENZARON LOS SÍNTOMAS DE PARTO HASTA LLAMAR AL 911.

8VO ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD EN LA APRECIACIÓN DE LA PRUEBA ESTIPULADA Y DESEILADA EN EL JUICIO.

9NO ERROR: ERRÓ EL TPI AL FORMULAR DETERMINACIONES DE HECHOS CONTRARIAS A LOS HECHOS ESTIPULADOS POR LAS PARTES

10MO ERROR: ERRÓ EL TPI AL NO APLICAR CRITERIO ALGUNO PARA DETERMINAR EL 75/25 PORCIENTO DE RESPONSABILIDAD AL MUNICIPIO DE DORADO Y AL HOSPITAL PRESBITERIANO, RESPECTIVAMENTE.

11VO ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL SOBREALORAR LOS DAÑOS RECLAMADOS POR LOS DEMANDANTES Y AL APLICAR CRITERIOS IMPROCEDENTES.

12VO ERROR: INCURRIÓ EL TPI EN ERROR MANIFIESTO, PREJUICIO Y PARCIALIDAD AL VINCULAR AL MUNICIPIO DE DORADO CON EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DOCTOR MEDICAL CENTER.

13VO ERROR: ERRÓ EL TPI AL IMPONERLE AL MUNICIPIO DE DORADO EL PAGO EN RECLAMACIONES DE DAÑOS Y PERJUICIOS UNA CUANTIA —\$5[00],000— QUE EXCEDE LOS LÍMITES ESTATUTARIOS —\$150,000— DE RESPONSABILIDAD.

someter una transcripción, una exposición estipulada o una exposición narrativa de la prueba para colocar a esta segunda instancia judicial en condiciones de revisar la sentencia apelada.¹⁶ Como norma general, el alcance de la revisión apelativa de las determinaciones de hecho que formule el foro primario está regulado por la Regla 42.2 de Procedimiento Civil.¹⁷ La mencionada regla dispone 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.

De conformidad con lo anterior, nuestro Tribunal Supremo ha establecido reiteradamente que los tribunales apelativos no debemos intervenir con la apreciación de la prueba, la adjudicación de credibilidad o las determinaciones de hechos de los tribunales de primera instancia.¹⁸ Esta deferencia hacia el foro primario responde al hecho de que el juez sentenciador es quien tiene la oportunidad de recibir y apreciar toda la prueba oral presentada, de escuchar la declaración de los testigos y evaluar su *demeanor* y confiabilidad.¹⁹ Consecuentemente, la intervención con la evaluación de la prueba testifical procederá en casos en los que, luego de un análisis integral de esa prueba, nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia.²⁰ Es que no puede ser de otra forma, ya que “[s]e impone un respeto a la

¹⁶ Regla 19 (a) del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B; *Álvarez v. Rivera*, 165 DPR 1, 13 (2005).

¹⁷ 32 LPRA Ap. V, R. 42.2.

¹⁸ *E.L.A. v. S.L.G. Negrón-Rodríguez*, 184 DPR 464, 486 (2012); *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 DPR 717, 741 (2007).

¹⁹ *Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones*, 176 DPR 31, 67 (2009); *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 135 (2004).

²⁰ *Flores v. Soc. de Gananciales*, 146 DPR 45, 50 (1998).

aquilatación de credibilidad del foro primario en consideración a que sólo tenemos récords mudos e inexpressivos”.²¹

No obstante, la doctrina de deferencia judicial no es de carácter absoluto, pues la misma debe ceder ante las posibles injusticias que puedan acarrear unas determinaciones de hechos que no estén sustentadas por la prueba desfilada ante el foro primario. En su consecuencia, como foro apelativo solo podemos intervenir con la apreciación de la prueba oral que haga el Tribunal de Primera Instancia, cuando dicho foro actúe con pasión, prejuicio, parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla.²²

Además, podemos intervenir cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y cuando la apreciación de la misma se distancia de la realidad fáctica o esta es inherentemente imposible o increíble.²³ Es decir, un tribunal revisor podrá intervenir con la apreciación de la prueba cuando de un examen detenido de la misma, quede convencido de que el juzgador descartó injustificadamente elementos probatorios importantes o que fundamentó su criterio únicamente en testimonios de escaso valor, o inherentemente improbables o increíbles.²⁴ Se exceptúan de la regla de deferencia las determinaciones de hechos que se apoyan exclusivamente en prueba documental o pericial.²⁵

B. La prueba pericial

El perito es una “persona entendida, el individuo competente, idóneo, por tener unas determinadas aptitudes y conocimientos, por

²¹ *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR*, 175 DPR 799, 811 (2009).

²² *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 776-777 (2011); *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, 180 DPR 894, 916 (2011); *Meléndez v. Caribbean Int’l. News*, 151 DPR 649, 664 (2000).

²³ *González Hernández v. González Hernández*, *supra*, pág. 777; *Pueblo v. Santiago et al.*, 176 DPR 133, 148 (2009).

²⁴ *C. Brewer PR, Inc. v. Rodríguez*, 100 DPR 826, 830 (1972); *Pueblo v. Luciano Arroyo*, 83 DPR 573, 582 (1961).

²⁵ *González Hernández v. González Hernández*, *supra*, pág. 777.

poseer una adecuada capacidad”.²⁶ A través de su educación o experiencia, el perito ha desarrollado un conocimiento o destreza sobre una materia, por lo cual puede formar una opinión que sirva de ayuda al juzgador de hechos.²⁷ Conforme con la Regla 702 de Evidencia,²⁸ el valor probatorio del testimonio pericial dependerá de varios factores, a saber: (1) si el testimonio está basado en hechos o información suficiente; (2) si el testimonio es producto de principios y métodos confiables; (3) si la persona aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso; (4) si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica; (5) las calificaciones o credenciales de la persona testigo, y (6) la parcialidad de la persona testigo.

Asimismo, mediante la Regla 704 de Evidencia,²⁹ el ordenamiento probatorio acoge que las opiniones o inferencias del perito puedan estar basadas en hechos o datos percibidos por este o dentro de su conocimiento personal, o incluso informados en etapas previas al juicio o durante el proceso. “Si se trata de materia de naturaleza tal que las personas expertas en ese campo razonablemente descansan en ella para formar opiniones o hacer inferencias sobre el asunto en cuestión, los hechos o datos no tienen que ser admisibles en evidencia”.³⁰ Nótese que la norma evidenciaria alude a la palabra “razonablemente”, ya que el criterio de razonabilidad permite al tribunal mayor discreción para evaluar la confiabilidad de la información en la que los peritos descansan para formular sus opiniones.

Este criterio no requiere que la opinión del perito sea generalmente aceptada en la comunidad científica para ser lo suficientemente confiable y de ayuda al juzgador

²⁶ *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse*, 179 DPR 322, 338 (2010).

²⁷ *Íd.*

²⁸ 32 LPRA Ap. VI, R. 702.

²⁹ 32 LPRA Ap. VI, R. 704.

³⁰ *Íd.*

de los hechos. Lo que requiere es que el perito base su opinión en métodos en los que otros peritos en su área razonablemente descansarían para formular sus propias opiniones, aunque sean diversas u opuestas.³¹

En armonía con lo expuesto, puede afirmarse que el testimonio pericial, si bien es un medio de prueba, también es una gestión auxiliadora para el juez, ya que ayuda al tribunal a comprender la evidencia o a determinar un hecho en controversia.³² Por lo tanto, el juzgador podrá dar valor probatorio al análisis y conclusiones si la persona está cualificada para declarar en calidad de perito, esto es, “si posee especial conocimiento, destreza, experiencia, adiestramiento o instrucción suficiente para calificarla como experta o perita en el asunto sobre el cual habrá de prestar testimonio”.³³

A diferencia de la prueba testimonial, los foros revisores nos encontramos en la misma posición de los tribunales primarios en cuanto a la evaluación de determinaciones de hechos fundamentadas en la prueba pericial y documental. “[A]l momento de que el tribunal determine si un testigo cualifica como perito y, por ende, si es admisible su testimonio pericial, lo que se requiere es que posea un conocimiento científico, técnico o especializado que sea de ayuda a la juzgadora o al juzgador para poder entender la prueba o determinar un hecho en controversia”.³⁴ Cuando los testimonios periciales están en conflicto entre sí, el Tribunal Supremo ha resuelto que los foros apelativos no estamos obligados “a seguir indefectiblemente la opinión, juicio, conclusión o determinación de un perito o facultativo ... y que todo tribunal está en plena libertad de adoptar su criterio

³¹ Tribunal Supremo de Puerto Rico, Secretariado de la Conferencia Judicial y Notarial, *Informe de las Reglas de Derecho Probatorio*, marzo 2007, pág. 433.

³² *San Lorenzo Trading v. Hernández*, 114 DPR 704, 711 (1983).

³³ Véase, Regla 703 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 703, sobre la calificación de la persona perito; refiérase, además, *Díaz v. Pneumatics & Hydraulics*, 169 DPR 273, 292-293 (2006).

³⁴ *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse*, *supra*, pág. 344.

propio en la apreciación y evaluación de la prueba pericial y hasta descartar la misma, aunque resulte ser técnicamente correcta”.³⁵

C. Desestimación por insuficiencia de la prueba

El inciso (c) de la Regla 39.2 de Procedimiento Civil provee para la desestimación de la causa de acción por falta de prueba suficiente.

La norma procesal dispone lo siguiente:

(c) Después que el demandante haya terminado la presentación de su prueba, el demandado, sin renunciar al derecho de ofrecer prueba en el caso de que la moción sea declarada sin lugar, podrá solicitar la desestimación, fundándose en que bajo los hechos hasta ese momento probados y la ley, el demandante no tiene derecho a la concesión de remedio alguno. El tribunal podrá entonces determinar los hechos y dictar sentencia contra el demandante, o podrá negarse a dictar sentencia hasta que toda la prueba haya sido presentada. A menos que el tribunal en su orden de desestimación lo disponga de otro modo, una desestimación bajo esta Regla 39.2 y cualquier otra desestimación, excepto la que se hubiere dictado por falta de jurisdicción, o por haber omitido acumular una parte indispensable, tienen el efecto de una adjudicación en los méritos.³⁶

Según surge de su letra, al concluir la presentación de la prueba de la parte demandante, el demandado puede solicitar la desestimación del pleito basado en que la otra parte no tiene derecho a la concesión de un remedio. Por tanto, si la parte demandante no presenta prueba suficiente para sostener sus alegaciones la parte demandada no tiene que defenderse y procede la desestimación de la demanda.³⁷ La Regla autoriza al tribunal a aquilatar la prueba presentada por el demandante y formular su apreciación de los hechos según la credibilidad que le merezcan. Debido a que esta desestimación, salvo otra cosa se disponga, representa una

³⁵ *Sucn. Rosado v. Acevedo Marrero*, 196 DPR 884, 918 (2016), que cita a *Zambrana v. Hospital Santo Acilo de Damas*, 109 DPR 517, 522 (1980); *Prieto v. Maryland Casualty Co.*, 98 DPR 594, 623 (1965). Véase, además, *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R.*, 150 DPR 658, 662-663 (2000); *Culebra Enterprises Corp. v. ELA*, 143 DPR 935, 952 (1997); *Díaz García v. Aponte Aponte*, 125 DPR 1, 13 (1989); *Valdejuli Rodríguez v. A.A.A.*, 99 DPR 917, 921 (1971); *Concepción Guzmán v. A.F.F.*, 92 DPR 488, 495 (1965); *E.L.A. v. Bravo*, 79 DPR 779, 786 (1956).

³⁶ 32 LPRA Ap. V, R. 39.2 (c).

³⁷ Véase, *S.L.G Hernández Beltrán v. TOLIC*, 151 DPR 754, 774 (2000).

adjudicación en sus méritos, el tribunal tiene que estar plenamente convencido de que el demandante no tiene oportunidad de prevalecer.

El Tribunal Supremo ha enfatizado que no debe desestimarse una demanda por este fundamento a menos que se desprenda con certeza que la parte demandante no tiene derecho a remedio alguno, bajo cualquiera de los hechos que puedan ser probados.³⁸ Por ende, esta facultad debe ser ejercitada luego de un escrutinio sereno, concienzudo y cuidadoso de la prueba.³⁹ Al respecto, ha opinado el Tribunal Supremo:

Una moción de *non suit* admite toda la evidencia aducida por el demandante en su parte más favorable a este último y debe ser declarada sin lugar de haber tan solo una *scintilla* de evidencia para sostener una causa de acción y debe ser declarada sin lugar cuando esa prueba presenta un caso *prima facie*, siendo una moción de *non suit* análoga a una excepción previa a la evidencia ofrecida por el demandante en apoyo de las alegaciones de su demanda. Todas las inferencias que surjan de la prueba deben ser deducidas e interpretadas a favor del demandante y la moción de *non suit* debe ser denegada cuando las inferencias que surjan de la prueba se presten a dudas o a discusión.⁴⁰

Así pues, únicamente en el caso que se determine que la prueba de la parte demandante es insuficiente, la parte demandada quedará relevada de presentar prueba a su favor y procederá la desestimación de la demanda.⁴¹ Ahora bien, del tribunal no dar paso al pedimento y el demandado decide presentar prueba en apoyo a su caso, se entiende que este renunció a la moción, por lo que está impedido de levantar ese alegado error en apelación.⁴² Al respecto, la doctrina ha expresado:

Si el tribunal pospone la resolución de la moción o la declara sin lugar, el demandado puede proceder entonces a presentar su prueba. Algunos tribunales han

³⁸ *S.L.G. Sierra v. Rodríguez*, 163 DPR 738, 746 (2005).

³⁹ *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, 180 DPR 894, 916 (2011); *Irizarry v. A.F.F.*, 93 DPR 416, 420-421 (1966).

⁴⁰ *Mariani v. Christy*, 73 DPR 782, 795 (1952). (Citas omitidas).

⁴¹ *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, *supra*, pág. 916; *S.L.G. Hernández Beltrán v. TOLIC*, *supra*, pág. 774.

⁴² *Luengo v. Fernández*, 83 DPR 636, 638 (1961); J.A. Echevarría Vargas, *Procedimiento civil puertorriqueño*, 1ra ed. rev., 2012, págs. 254-255.

sostenido que, si el demandado así procede, renuncia a su derecho de objetar posteriormente la resolución de la corte denegando su moción. En ese caso, debe considerar toda la prueba presentada en el juicio. En Puerto Rico también se ha resuelto de este modo. En *Luengo v. Fernández*, 83 DPR 636, 638 (1961) (Serrano), ante un señalamiento de error por haberse declarado sin lugar la moción de “*non-suit*” (que es como se conoce esta moción familiarmente), nuestro Tribunal Supremo sostuvo que “[e]l demandado ofreció prueba luego de haber sido desestimado dicha moción y, por tanto, se entiende renunció a ella y no puede plantear el asunto en apelación”.⁴³

El tratadista Cuevas Segarra acota que la presentación de la prueba del demandado no implica una renuncia a la moción, a menos que la evidencia presentada supla los defectos que pueda tener la prueba del demandante. En esas instancias, entonces, sí se entiende renunciada la moción y, por consiguiente, no puede elevar el error en apelación.⁴⁴

D. La responsabilidad civil extracontractual de los hospitales

El ordenamiento jurídico sobre la responsabilidad civil extracontractual, vigente a los hechos que nos atañen, emanaba del Artículo 1802 del Código Civil de 1930.⁴⁵ Dicha disposición establecía, en su parte pertinente, que “[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Para que surja la responsabilidad civil que regula el precitado artículo, la parte demandante deberá establecer: (1) la existencia del daño (2) la ocurrencia del acto culposo o negligente del demandado y (3) el nexo causal entre ese evento culposo o negligente y el perjuicio sufrido.⁴⁶

⁴³ J.A. Cuevas Segarra, *Tratado de derecho procesal civil*, 2da ed., Tomo III, pág. 1160. (Bastardillas en el original).

⁴⁴ *Íd.*, pág. 1161.

⁴⁵ 31 LPRA sec. 5141. Actualmente, la disposición análoga se encuentra en el Artículo 1536 del Código Civil de 2020, 31 LPRA sec. 10801.

⁴⁶ *Ramos Milano v. Wal-Mart*, 168 DPR 112, 116-117 (2006); *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796, 807 (2006); *Tormos Arroyo v. D.I.P.*, 140 DPR 265, 271 (1996).

Ahora bien, en nuestra jurisdicción la mera causa física es insuficiente para imponer responsabilidad, por lo cual, los tribunales deberán estimar que el acto del demandado tuvo suficiente importancia en la producción del daño del demandante como para responsabilizar al primero.⁴⁷ Es por lo que, en Puerto Rico, rige la teoría de la causalidad adecuada al momento de determinar el nexo causal necesario para adjudicar responsabilidad civil. La causa adecuada es la que ordinariamente produce los daños imputados, según la experiencia general. No es otra cosa que el evento o acto que con mayor probabilidad causó el daño por el que se reclama indemnización. El propósito de utilizar la causa adecuada como criterio rector en la reclamación de una indemnización por daños es limitar la cadena de responsabilidad civil y evitar que se extienda a límites absurdos.⁴⁸ Al pasar juicio respecto a si una acción u omisión es causa adecuada de un daño, es preciso efectuar un análisis del acto negligente, para auscultar si este constituye la consecuencia razonable y ordinaria del daño o pérdida reclamada.⁴⁹

Igualmente, el deber de indemnizar presupone un nexo causal entre el daño y el hecho que lo origina, pues solo se han de indemnizar los daños que constituyen una consecuencia del hecho que obliga a la indemnización. La causalidad está necesariamente limitada por el ámbito de la obligación, pues es infinita la serie de daños que, en interminable encadenamiento, pueden derivarse del incumplimiento de una obligación.⁵⁰ Asimismo, el que alegue haber sufrido un daño por la negligencia de otro debe poner al tribunal en condiciones de poder hacer una determinación clara y específica sobre negligencia

⁴⁷ *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 167 (2006); *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 310 (1990); *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 DPR 700, 704 (1982).

⁴⁸ *Miranda v. ELA*, 137 DPR 700, 707 (1994); *Negrón García v. Noriega Ortiz*, 117 DPR 570, 575 (1984).

⁴⁹ *Montalvo v. Cruz*, 144 DPR 748, 756-757 (1998).

⁵⁰ *Estremera v. Inmobiliaria Rac., Inc.*, 109 DPR 852, 856-857 (1980).

mediante la presentación de prueba a esos efectos. Deberá demostrar la ocurrencia de un acto, u omisión, culposo o negligente que está causalmente relacionado con un daño real ocasionado por el demandado.

De otra parte, las instituciones hospitalarias responden por los actos u omisiones negligentes de su personal médico o paramédico en el ámbito de sus funciones. Conforme al tiempo de los hechos, habría que fundamentarse en la doctrina de responsabilidad vicaria decretada en el Artículo 1803 del Código Civil de 1930.⁵¹ Por virtud de la doctrina de responsabilidad vicaria, procede imponer responsabilidad a un hospital por actos de mala práctica profesional respecto a pacientes reclusos en el mismo, cuando ha mediado negligencia por parte de algún empleado de la institución.⁵²

Asimismo, los hospitales también responden por las políticas institucionales que obstaculicen el cuidado de los pacientes.⁵³ De igual manera, son responsables por los daños ocasionados al no tener disponible el equipo básico necesario para atender situaciones previsibles o por tenerlo en estado obsoleto o deficiente.⁵⁴ En fin, reiteradamente se ha afirmado que los hospitales responden por las acciones u omisiones negligentes de sus empleados, particularmente, las enfermeras.⁵⁵

En lo referente a las enfermeras y el resto del personal paramédico, estos tienen el ineludible deber de realizar y llevar a

⁵¹ 31 LPRA sec. 5142. El Código Civil de 2020 establece la disposición en el Artículo 1540, 31 LPRA sec. 10805. Véase, además, *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, 184 DPR 281, 288 (2012); *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 DPR 484, 512 (2009); *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 DPR 397, 405 (1985).

⁵² *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, *supra*, pág. 405.

⁵³ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, *supra*, pág. 288, que cita a *Núñez v. Cintrón*, 115 DPR 598 (1984) y *Pérez Cruz v. Hosp. La Concepción*, 115 DPR 721 (1984).

⁵⁴ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, *supra*, pág. 288, que cita a *Blás v. Hosp. Guadalupe*, 146 DPR 267, 323-327 (1998).

⁵⁵ Véase, *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, *supra*, pág. 512; *Blás v. Hosp. Guadalupe*, *supra*, pág. 307; *Reyes v. Phoenix Assurance Co.*, 100 DPR 871, 881-882 (1972); *Hernández v. Gobierno de la Capital*, 81 DPR 1031, 1031-1032 (escolio 3), 1037 (1960).

cabo, con la premura requerida y a tono con las circunstancias particulares de cada paciente, las órdenes médicas impartidas.⁵⁶ Esto es así, porque los pacientes se merecen el cuidado esmerado y responsable de las enfermeras que ofrecen servicios en las instituciones hospitalarias. Recuérdese que, en muchas ocasiones, la enfermera es el único medio de comunicación entre el médico y el paciente.⁵⁷ Por tanto, el estándar del grado de cuidado debe ser afín al grado de cuidado ejercitado por otras enfermeras de la localidad o en localidades similares.⁵⁸

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha enunciado al respecto:

En relación con la responsabilidad de las enfermeras por actos u omisiones, hemos resuelto que una enfermera debe ejercitar un grado de cuidado razonable para evitar causar daño innecesario al paciente, y dicho grado de cuidado debe responder al grado de cuidado ejercitado por otras enfermeras en la localidad o localidades similares. “En los hospitales del país las enfermeras y el resto del personal paramédico tienen el ineludible deber de realizar y llevar a cabo, con la premura requerida y a tono con las circunstancias particulares de cada paciente, *las órdenes médicas*”.⁵⁹

De otra parte, en cuanto a los expedientes médicos, se ha opinado que la falta de cuidado al mantener los expedientes médicos de por sí no implica negligencia. Ahora, nuestro Tribunal Supremo ha opinado que la falta de anotaciones precisas en el expediente puede ser considerado al ponderar la credibilidad de los implicados sobre el tratamiento que ofrecieron al paciente.⁶⁰ Del mismo modo, nuestra máxima curia ha reprobado la laxitud en el mantenimiento del expediente médico debido a que ello mengua su efectividad como instrumento útil para informar con exactitud el cumplimiento de las

⁵⁶ *Núñez v. Cintrón*, *supra*, págs. 608-609.

⁵⁷ *Reyes v. Phoenix Assurance Co.*, *supra*, pág. 882.

⁵⁸ *Castro v. Municipio de Guánica*, 87 DPR 725, 729 (1963).

⁵⁹ *Blás v. Hosp. Guadalupe*, *supra*, pág. 307. (Bastardillas en el original y citas omitidas).

⁶⁰ *Blás v. Hosp. Guadalupe*, *supra*, pág. 322; *Reyes v. Phoenix Assurance Co.*, *supra*, págs. 880-881 (1972); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, *supra*, pág. 661.

órdenes del médico y como fuente de referencia para la evaluación del tratamiento, la atención y el cuidado administrados al paciente.⁶¹

No obstante, hay que tener presente que la negligencia hospitalaria no se presume por el hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya sido exitoso. De ahí la necesidad de establecer los elementos de la causa de acción mediante prueba pericial. Consecuentemente, luego de que establezca, por preponderancia de la prueba, que la conducta negligente fue el factor que con mayor probabilidad causó el daño, procede responsabilizarlo.⁶² Es decir, en estos casos, la decisión del juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba, a base de criterios de probabilidad.⁶³ Quien sostenga la afirmativa, deberá probar su causa de acción mediante la presentación de evidencia que sustente cada una de sus alegaciones.⁶⁴

III.

KLAN202000748

Como cuestión de umbral nos compete atender la cuestión jurisdiccional que surge del tracto procesal previamente reseñado.

Es hartamente conocido que la Regla 47 de Procedimiento Civil regula la moción de reconsideración de las sentencias dictadas por las primeras instancias judiciales.

La norma reza como sigue:

La parte adversamente afectada por una sentencia del Tribunal de Primera Instancia podrá, dentro del término jurisdiccional de quince (15) días desde la fecha de archivo en autos de copia de la notificación de la sentencia, presentar una moción de reconsideración de la sentencia.

⁶¹ *López v. Hosp. Presbiteriano, Inc.*, 107 DPR 197, 216-217 (1978); *Blás v. Hosp. Guadalupe, supra*, pág. 321.

⁶² *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005).

⁶³ Regla 110 (f) de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 110 (f).

⁶⁴ Regla 110 (a) de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 110 (a).

La moción de reconsideración debe exponer con suficiente particularidad y especificidad los hechos y el derecho que la parte promovente estima que deben reconsiderarse y fundarse en cuestiones sustanciales relacionadas con las determinaciones de hechos pertinentes o conclusiones de derecho materiales.

La moción de reconsideración que no cumpla con las especificidades de esta regla será declarada “sin lugar” y se entenderá que no ha interrumpido el término para recurrir.

Una vez presentada la moción de reconsideración quedarán interrumpidos los términos para recurrir en alzada para todas las partes. Estos términos comenzarán a correr nuevamente desde la fecha en que se archiva en autos copia de la notificación de la resolución resolviendo la moción de reconsideración.

La moción de reconsideración se notificará a las demás partes en el pleito dentro de los quince (15) días establecidos por esta regla para presentarla ante el tribunal de manera simultánea. El término para notificar será de cumplimiento estricto.⁶⁵

De otra parte, la Regla 52.3 de Procedimiento Civil versa sobre la suspensión de los procedimientos judiciales. A esos efectos, el inciso (a) de la aludida norma procesal establece lo siguiente, en su parte pertinente:

(a) Una vez presentado el escrito de apelación, se suspenderán todos los procedimientos en los tribunales inferiores respecto a la sentencia o parte de esta de la cual se apela, o las cuestiones comprendidas en ella, salvo orden en contrario, expedida por iniciativa propia o a solicitud de parte por el tribunal de apelación; pero el Tribunal de Primera Instancia podrá proseguir el pleito en cuanto a cualquier cuestión involucrada en el mismo no comprendida en la apelación.⁶⁶

Al analizar en conjunto ambas reglas, se desprende que el efecto de la presentación de una moción de reconsideración sobre la jurisdicción del foro de instancia dependerá de si se ha presentado algún recurso ante el Tribunal de Apelaciones previamente y del tipo de recurso de que se trate.⁶⁷ Por tanto, se colige que una moción de

⁶⁵ 32 LPRA Ap. V, R. 47.

⁶⁶ 32 LPRA Ap. V, R. 52.3.

⁶⁷ *Mun. Rincón v. Velázquez Muñiz*, 192 DPR 989, 1004 (2015).

reconsideración que cumpla con los requisitos de fondo de especificidad y particularidad dispuestos en la norma, se presente de manera oportuna y *antes* de que se haya presentado algún recurso ante el tribunal apelativo intermedio suspenderá los términos para recurrir en alzada. En consecuencia, un recurso de apelación instado con anterioridad a la adjudicación de la moción de reconsideración debe desestimarse porque adolece de prematuridad.⁶⁸

A contrario sensu, si alguna de las partes litigantes presenta un recurso de apelación antes de haberse presentado una moción de reconsideración ante el foro primario, por disposición expresa de la Regla 52.3 de Procedimiento Civil, *supra*, se suspenden automáticamente en el Tribunal de Primera Instancia todos los procedimientos respecto a la sentencia o la parte de ella de la cual se apela. Esto tiene como resultado que el foro *a quo* quedará impedido de acoger la moción y, por ende, de reconsiderar su determinación.⁶⁹ La referida paralización cesa una vez el foro apelado recibe el mandato emitido por el foro revisor.⁷⁰ Por lo dicho, cualquier actuación comprendida en la apelación que se lleve a cabo en el foro apelado luego que los asuntos se hayan paralizado y previo a recibir el mandato es nula.⁷¹

Tal como reseñamos, la *Sentencia* apelada fue notificada el 3 de junio de 2020. Por tanto, las partes litigantes tenían hasta el 3 de agosto de 2020 para acudir en apelación, de conformidad con la Regla 52.2 (c) de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 52.2 (c). La norma procesal confiere al Estado y sus dependencias, incluyendo a los municipios, un término de sesenta días, a partir de la fecha del

⁶⁸ *Íd.*

⁶⁹ *Íd.*, pág. 1005, 1007.

⁷⁰ *Vaillant Valenciano v. Santander*, 147 DPR 338, 350-351 (1998).

⁷¹ *Colón y Otros v. Frito Lays*, 186 DPR 135, 146 (2012); *Pérez, Ex parte v. Depto. de la Familia*, 147 DPR 556, 570 (1999).

archivo en autos de copia de la sentencia, para presentar su recurso de apelación ante este foro intermedio.

Acorde con el ordenamiento descrito, evaluamos las dos apelaciones del mismo dictamen que se encuentran ante nuestra atención. La primera fue instada de manera oportuna el 10 de julio de 2020. Surge del expediente una moción presentada por PCH el 13 de julio de 2020, en la cual certificó a este tribunal intermedio que notificó a las otras partes del pleito de su *Apelación* mediante correo electrónico y correo certificado.

De otra parte, luego que PCH presentó su recurso apelativo y notificó a las partes la interposición del mismo, el Municipio incoó el 14 de julio de 2020 una moción ante el tribunal primario para que este reconsiderara su dictamen. Si bien la extensión de términos concedida por el Tribunal Supremo mediante la *Resolución* del 22 de mayo de 2020 hubiera favorecido al Municipio para presentar la solicitud, esa oportunidad cesó en el momento en que fue notificado de la presentación de la *Apelación* de PCH. Incluso, el Municipio fue advertido de la falta de jurisdicción del tribunal *a quo* allá para el 24 de julio de 2020. A esa fecha, todavía hubiera sido oportuno que el Municipio incoara una apelación, ya que el plazo de sesenta días no había vencido. Sin embargo, no fue hasta el 22 de septiembre de 2020 que compareció ante este foro apelativo.

Decididamente, el Municipio se equivoca al aseverar que su solicitud de reconsideración, presentada con posterioridad al recurso de apelación de PCH, interrumpió los términos para apelar. La *Resolución* del 22 de mayo de 2020, si bien extendió los términos en aras del acceso a la justicia durante el tiempo de la pandemia, no suprimió ni menoscabó el ordenamiento dispuesto en las Reglas 47 y 52.3 de Procedimiento Civil, *supra*.

Concluimos que la interposición del recurso apelativo de PCH tuvo el efecto de paralizar de forma automática los procedimientos ante el Tribunal de Primera Instancia, privándolo de jurisdicción para atender el pedimento de reconsideración. Es decir, al Municipio no haber interrumpido el término para ir en alzada porque, en efecto, ya PCH había recurrido ante este foro intermedio, contra el Municipio continuó cursando el plazo de sesenta días para acudir en apelación, el cual venció el 3 de agosto de 2020.⁷² Así pues, la comparecencia del 22 de septiembre de 2020 es tardía.

Es un firme principio de hermenéutica jurídica que los Tribunales somos celosos guardianes de nuestro poder jurisdiccional para atender casos y controversias y que no podemos atribuirnos jurisdicción si carecemos de ella.⁷³ La falta de jurisdicción no es subsanable y las partes no pueden arrogársela al Tribunal. Recordemos que las cuestiones sobre jurisdicción son de carácter privilegiado. La jurisdicción no se presume y es nuestro deber ministerial evaluar si poseemos jurisdicción, pues ello incide directamente sobre nuestro poder para adjudicar una controversia.

Una de las instancias en que un tribunal carece de jurisdicción es cuando se presenta un recurso tardío o prematuro, pues “[...] adolece del grave e insubsanable defecto de privar de jurisdicción al tribunal al cual se recurre [...] puesto que su presentación carece de eficacia y no produce ningún efecto jurídico [...]”.⁷⁴ Por tanto, al amparo del derecho expuesto, resulta forzoso desestimar la *Petición de Apelación* del Municipio, instada el 22 de septiembre de 2020, KLAN202000748, toda vez que fue presentada fuera de jurisdicción y adolece de tardía.

⁷² El 2 de agosto de 2020 recayó en un domingo, por lo que el término se extendió hasta el siguiente día hábil.

⁷³ *Souffront v. A.A.A.*, 164 DPR 663, 674 (2005).

⁷⁴ *Torres Martínez v. Torres Ghigliotty*, 175 DPR 83, 98 (2008).

IV.**KLAN202000370**

En la presente causa, la parte apelada imputó responsabilidad a PCH a base de dos reclamaciones: (1) que las enfermeras no llamaron a ninguno de los gineco-obstetras de la señora Walton cuando esta arribó al hospital, en referencia a los doctores William Ruiz Vale o Leonardo Molina Millet; y (2) que las enfermeras no obraron con la debida diligencia para percatarse de las desaceleraciones fetales, lo que a tiempo habría podido salvar la vida de la criatura, mediante una cesárea urgente.

Veamos los testimonios relevantes, vinculados con el recurso de apelación que atendemos.⁷⁵

A. Prueba testifical de la parte apelada**(i) Aisha Walton Colón**

Para la mañana del 17 de noviembre de 2007, la declarante y hermana de la perjudicada, se encontraba en el estudio donde residía su mamá, ubicado en Dorado. La señora Walton y el señor Montañez residían en una vivienda aledaña a aquel. La testigo narró que, luego de levantarse, salió y vio a su madre, Minerva Colón Otero, llamar a la línea de emergencia 911. Dijo que eran aproximadamente las 6:40 a 6:45 de la mañana. Recordó que la llamada se extendió por unos cinco minutos.⁷⁶ La testigo estuvo presente cuando los paramédicos acudieron a la residencia. Acotó: “Los paramédicos se tardaron en llegar”. Aseguró que el retraso fue de una hora y quince minutos.⁷⁷ Según su recuerdo, la hermana de la señora Walton declaró que los

⁷⁵ Todas las partes litigantes renunciaron al testimonio del doctor Ruiz Ríos. TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1317-1319.

⁷⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 493-501; 512.

⁷⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 504, líneas 12-16.

paramédicos entraron a la casa solo con una camilla. Los vio salir con su hermana, entre las 8:40 a 9:00 de la mañana.⁷⁸

(ii) Eddie Alberto Montañez Nieves

A la fecha del juicio, el señor Montañez había sido pareja de hecho de la señora Walton durante once años. A preguntas de la representación legal, indicó que su hijo, Yariel Adrián Montañez, tendría diez años, pero expresó que este “falleció el mismo día que nació”.⁷⁹

Dentro de su conocimiento, el señor Montañez declaró que el embarazo de la señora Walton fue normal. Indicó que el médico de su compañera era el doctor William Ruiz Vale, del cual recibió un buen trato. Explicó que, para el viernes, 16 de noviembre de 2007, ocasión en que la señora Walton acudió a una cita con el doctor Ruiz Vale, se agendó para el siguiente lunes, 19 de noviembre de 2007, practicarle una cesárea.⁸⁰ Durante la consulta, el testigo no estuvo presente, pero afirmó que el médico le hizo los chequeos de rigor a su pareja:

Bueno, pues a mi enten... a mi entendimiento él le conectó una máquina, entiendo que es un... un sonograma para verificar si el bebé estaba en posición, si estaba bien, si los latidos del corazón estaban normales. Y pues después que él verificó todos esos detalles él le indicó a ella de que le iba preparar los papeles para que ella acudiera al Ashford a hacerse su cesárea el día lunes.⁸¹

En cuanto a los eventos del sábado, 17 de noviembre de 2007, el señor Montañez contó que se levantó a las 5:30 de la mañana y la señora Walton le dijo que sentía un poco de dolor, similar a las contracciones, por lo que esta le solicitó que llamara al doctor Ruiz Vale, con el fin de explicarle la situación.⁸²

Las intrusiones [*sic*] eran de que él nos entregó los documentos para ir el lunes a la cesárea. En caso de

⁷⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 505-506; 510.

⁷⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 547-549, línea 5.

⁸⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 551; 627.

⁸¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 552; 553, líneas 1-3; 628.

⁸² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 554-556.

algún contratiempo, o en caso de que sucediera algo en ese fin de semana, él nos dejó un número telefónico para poder comunicarnos con él.⁸³

Al llamar al médico, el declarante escuchó un mensaje grabado que indicaba que llamara al colega, doctor Leonardo Molina Millet. Alrededor de las 6:15 de la mañana, el testigo aseveró que habló con el doctor Molina, quien le impartió instrucciones.⁸⁴

P Usted esa mañana antes de que se llamara el 911 y eso, usted dijo aquí a preguntas del compañero que habló con Molina. ¿Correcto? Con el doctor Molina.

R Llame al número que el doctor Ruiz me dio, y ahí salía el número de su colega, el doctor Molina. Correcto.

P Y entonces nos dijo, dígame sí o no, si... él le dijo que fuera al Ashford.

R Sí.

P Para hacerle la cesárea. ¿Correcto?

R Sí.⁸⁵

Como el vehículo del señor Montañez se averió en la noche del día 16, le pidió a la madre de la señora Walton, señora Colón, que llamara al 911 para utilizar la ambulancia como transportación.⁸⁶ El expediente contiene una transcripción de la conversación entre la señora Colón y los respondedores del Sistema de Emergencia 911 y el Municipio de Dorado:

SRA. PÉREZ [911]:⁸⁷ 911, Pérez le habla, ¿Cuál es su emergencia?

SRA. COLÓN: Mira, amor, tenemos una muchacha que está... padece... ella es cesárea, pero está a punto de dar a luz y no tiene...

SRA. PÉREZ: ¿En qué pueblo?

SRA. COLÓN: En Dorado.

SRA. PÉREZ: Estamos llamando a Emergencias Médicas, no se retire.

SRA. COLÓN: Okay.

⁸³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 558, líneas 10-14.

⁸⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 559-561.

⁸⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 638.

⁸⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 563; 626-627; 632.

⁸⁷ Negociado del 911 del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

SRA. PÉREZ: Deme la dirección completa en Dorado, por favor.

SRA. COLÓN: Okay. Es el barrio Maguayo...

SRA. PÉREZ: Barrio Maguayo... Deme un momento joven y disculpe.

SRA. COLÓN: Okay.

SRA. PÉREZ: Te habla Pérez en la posición 18 del 911.

SR. MONGE [OMME]: ¿Pérez en la 18 para Dorado?

SRA. PÉREZ: Sí, paciente con dolores de parto.

SR. MONGE: 497 Monge.

SRA. PÉREZ: Gracias.

SR. MONGE: Dígame la dirección.

SRA. COLÓN: Okay. Es el Barrio Maguayo en El Coto... El Coto 107, entrando por la... por la policía municipal, calle principal.

SR. MONGE: El Coto 107.

SRA. COLÓN: "Right". Maguayo.

SR. MONGE: Entrando por el cuartel.

SRA. COLÓN: Por el cuartel de... municipal, sí, en Maguayo esa calle directo para abajo. Ténganme todos los papeles "ready". Ten todos los papeles "ready" que ya viene la ambulancia. Mira estos papeles (fonética) que ella tiene aquí, mira.

SR. MONGE: Dígame el teléfono de donde me habla, joven.

SRA. COLÓN: Este es el 478...

SR. MONGE: Ajá.

SRA. COLÓN: 478...

SR. MONGE: 478...

SRA. COLÓN: ... 5641.

SR. MONGE: ... 5641. ¿Cuál es su primer nombre, joven?

SRA. COLÓN: Mi nombre Minerva Colón.

SR. MONGE: ¿Entonces ella está a punto de parir?

SRA. COLÓN: Sí, ya está. Está sangrando y todo. Porque ella es por cesárea, pero el médico la tuvo aguantá'... la tienen aguantá' hasta mañana... digo, hasta el viernes y no puede aguantar.

SR. MONGE: ¿Es el primer bebé de ella?

SRA. COLÓN: No ese es el tercero, digo, el cuarto.

SR. MONGE: ¿Qué edad tiene ella?

SRA. COLÓN: 27 años.

SR. MONGE: Okay. Eso quiere decir que es grave 3. Está teniendo un bebé.

SRA. COLÓN: Esta sería la tercera cesárea, porque ella tuvo uno natural y dos por cesárea.

SR. MONGE: Okay. Le voy [a] hacer las gestiones inmediatamente para enviarle el recurso hacia ya. ¿Okay? Mantengan el teléfono desocupado en lo que la ambulancia llega, por favor.

SRA. COLÓN: Okay. Gracias.

SR. MONGE: A usted.⁸⁸

Según la apreciación del testigo, la señora Walton estaba normal, solo que tenía contracciones. Relató que la ambulancia llegó a entre 9:00 a 9:15 de la mañana.⁸⁹ Los dos paramédicos estuvieron en la residencia durante quince a veinte minutos, cuando trasladaron en camilla hasta la ambulancia a la perjudicada, cerca de las 9:30 a 9:45 de la mañana.⁹⁰ Al bordar la ambulancia junto a su compañera, el señor Montañez le dijo a los paramédicos “que ella tiene que ir al Ashford [a] hacerse una cesárea”.⁹¹ No obstante, “los paramédicos tomaron la acción de seguir hacia el hospital CDT de Dorado”.⁹² Es decir, aun cuando el testigo insistió en ir a PCH porque le iban a practicar una cesárea a la señora Walton, los paramédicos se dirigieron al CDT.⁹³ Indicó que llegaron al CDT unos quince a veinte minutos después. Mientras trasladaron a la señora Walton al interior, él cumplimentó unos formularios. Dijo sentirse molesto porque sintió que ignoraron sus ruegos de que llevaran a la señora Walton a PCH. Permanecieron en el CDT cerca de media hora.⁹⁴ Explicó que el médico del CDT, doctor Juan Ruiz Ríos, los acompañó en la ambulancia hacia el PCH.⁹⁵ Conforme su recuerdo, arribaron al PCH en unos veinticinco minutos.⁹⁶

En el PCH, “[a]parentemente había un problema con esa puerta [por donde entran a los pacientes] y no se pudo acceder por ahí”.⁹⁷ El señor Montañez indicó que se dirigieron a la sala de partos, lo que, a

⁸⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1383-1387; véase, además, las págs. 417-418.

⁸⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 565.

⁹⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 566; 568-569.

⁹¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 569, líneas 23-24.

⁹² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 572, líneas 19-20.

⁹³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 573-574.

⁹⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 575-576; 634-635; 648-649.

⁹⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 577-578.

⁹⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 579.

⁹⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 580-581; 649, líneas 16-22.

su entender, fue errado porque no estaba acorde con las instrucciones del médico de la señora Walton.⁹⁸ A la perjudicada la acompañaron el paramédico y el doctor Ruiz Ríos.⁹⁹ Media hora después que la señora Walton entrará en la sala de parto, mientras aguardaba en una sala de espera, el doctor Ruiz Vale conversó con él y le inquirió por qué tardaron tanto en llegar.¹⁰⁰ Al conocer la situación médica de Yariel Adrián, el señor Montañez narró que acudió a una capilla en PCH a orar por la criatura y su compañera.¹⁰¹ Luego, pudo entrar a la habitación donde se encontraba la señora Walton, quien estaba llorando. Allí, el testigo pudo cargar a su hijo.¹⁰² “El bebé se veía gordito, se veía bien. No se veía enfermo, mal, ni nada. Se veía un bebé normal. Como si estuviera durmiendo. [...] El bebé había fallecido ya”.¹⁰³ Al preguntársele cómo se sintió, respondió:

Pues, de verdad que no sé cómo describirlo porque nunca había pasado por eso. Nunca... Es tan triste ver a un ser inocente en esa posición. Porque da la casualidad de que el día antes nosotros estamos en el ginecólogo y le hacen todos los exámenes y el nene estaba bien. Y tú saber que tu hijo estaba bien en ese momento, y al otro día, no han pasado ni 24 horas, nada, y tú ver que tu hijo está... tú lo ves bien físicamente y tú ver que tu bebé no se está moviendo, no está pasando nada, y tú tenerlo en tus brazos, es algo que... que yo no puedo describirlo, de verdad. No puedo... no tengo palabras para describir eso de verdad.¹⁰⁴

Entonces, la señora Walton comunicó que se sentía mal físicamente.¹⁰⁵ Al testigo informarlo al doctor Ruiz Vale, este procedió a examinar a la señora Walton y se percató de un profuso sangrado.¹⁰⁶ El señor Montañez contó que lo retiraron del lugar y no fue hasta las 8:00 de la noche, que volvió a ver a su pareja. En ese

⁹⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 581-584.

⁹⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 656.

¹⁰⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 585-586.

¹⁰¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 587; 589.

¹⁰² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 590-593.

¹⁰³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 593, líneas 18-20; 595, línea 1.

¹⁰⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 595, líneas 14-24.

¹⁰⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 597.

¹⁰⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 598.

tiempo se mantuvo orando porque no quería tener dos pérdidas en un solo día.¹⁰⁷ A la señora Walton, narró, la tuvieron que operar de emergencia; "...le tuvieron que sacar el útero".¹⁰⁸ La perjudicada estuvo varios días en el PCH. Aun cuando se sentía deprimido, el testigo permaneció con ella, con el deseo de que la señora Walton pudiera recuperarse. No obstante, expresó: "[M]e sentía super mal, super deprimido porque era mi primer hijo. O sea, es mi primer hijo. Y impotencia principalmente porque después no... no voy a poder tener más hijos con ella".¹⁰⁹

El alta de la señora Walton fue bajo su propia responsabilidad, luego de firmar un permiso. La urgencia de salir se debió a que se iba a llevar a cabo el sepelio de Yariel Adrián. "Queríamos darle el último adiós a nuestro hijo".¹¹⁰ Luego de la intervención quirúrgica, el señor Montañez aseguró que su relación con la señora Walton, a nivel íntimo y en su diario vivir, se afectó significativamente, debido al dolor físico y emocional.¹¹¹ Al respecto testificó sobre su sentir:

Triste completamente. Me hace sentir mal porque yo no puedo hacer nada por eso. Trato de tranquilizarla, trato de hablar con ella, relajarla. Porque yo por lo menos soy un poco más fuerte y puedo sobrellevar más la situación. Y trato de ser un bálsamo para ella, tranquilizarla. Llevarla a que ella esté tranquila, que ella esté bien, que ella se sienta bien, que no... que trate de olvidar eso.

Aunque yo sé que no va a ser posible olvidarlo, pero que... que esté tranquila, que... que trate de encontrar paz. Que trate de encontrar fortaleza en mí porque no hay de otra, hay que seguir hacia adelante, la vida continúa.¹¹²

Pues yo... han pasau' muchos años, pero uno nunca se recupera de eso. Porque uno... cuando uno piensa que se está recuperando vuelve a pensar en eso y vuelve otra vez a caer, Y entonces...

¹⁰⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 599-601.

¹⁰⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 602; 604, línea 18.

¹⁰⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 603; 604, líneas 2-5; 605.

¹¹⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 606, líneas 8-9.

¹¹¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 608-609.

¹¹² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 610, líneas 4-14.

Pues vuelve a caer uno en... en esa tristeza, en esos pensamientos, en esa depresión. Porque ya tú te estás olvidando de eso y de momento... ya tú te estás olvidando de esa pérdida, y de momento vuelven otra vez con que hay que revivir esos momentos, con que hay que volver hablar de esos sucesos.¹¹³

(iii) Telesia Walton Colón

Al tiempo que nos compete, la testigo, quien tenía 26 años, residía con su compañero, señor Montañez, y sus tres hijos. El primero de estos fue por parto natural a las cuarenta semanas y los últimos dos por cesárea, también a término.¹¹⁴ En cuanto al embarazo de Yariel Adrián, se percató en el segundo trimestre.¹¹⁵ No tuvo síntomas de embarazo, pero no menstruó. El ciclo menstrual de la testigo era bien irregular.¹¹⁶ La señora Walton testificó que el doctor Ruiz Vale no quiso atender el caso por la avanzada gestación, pero a ruego de esta, el galeno accedió.¹¹⁷ Acudía a consulta dos veces en semana.¹¹⁸

Para el 16 de noviembre de 2007, la testigo tenía treinta y nueve semanas y seis días de embarazo.¹¹⁹ Sobre la consulta de ese día, relató lo siguiente:

En dos mil... en el... en ese día, que fue viernes, fue mi última cita prenatal. Cuando yo voy me atienden. Le llevo un sonograma que él me había enviado hacer desde el martes, se lo llevé el viernes, unos laboratorios. Y él revisó eso. Todo estaba perfecto.

Él tiene máquina de sonograma en su oficina y tiene lo de escuchar los latidos. Me puso a escuchar los latidos, todo perfecto. Me chequeó con su... un sonograma él por encima, todo es perfecto. Su[s] palabra fueron “Mrs. Walton” ya tu bebé está “ready to come home”. Te voy a entregar los documentos para que el lunes ingreses en el hospital Ashford para practicar la cesárea.¹²⁰

¹¹³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 610, líneas 20-23; 611, líneas 1-8.

¹¹⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 664; 667-668; 678-679.

¹¹⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 669.

¹¹⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 727-729.

¹¹⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 672-673.

¹¹⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 674.

¹¹⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 733.

¹²⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 674, líneas 21-24; 675, líneas 1-8.

Durante la tarde y noche, la señora Walton se sintió bien.¹²¹ El día 17 de noviembre de 2007, se levantó entre 5:30 a 5:45 de la mañana, con un poco de dolor.¹²² La testigo narró los eventos que previamente relató su pareja.¹²³ La señora Walton indicó que el señor Montañez le dijo a la señora Colón que la primera tenía contracciones y que llamara a la ambulancia.¹²⁴ Afirmó que la llamada al 911 fue entre 6:45 a 7:15 de la mañana, pero la ambulancia llegó a una hora y quince minutos después.¹²⁵ Durante ese tiempo, la señora Walton declaró que se sentía bien, pero con contracciones.¹²⁶ “[A]l principio de las 6:45 a las 7:00 los dolores eran leves. Mientras más tiempo va pasando, mientras llego al CDT se va agra... ‘it’s getting more stronger’. [...] Desde el trámite del CDT al Ashford se estaban poniendo más fuertes.”¹²⁷

En el juicio, la señora Walton aseguró también que no estaba sangrando ni le expresó a su madre que le dijera a los respondedores que estaba sangrando.¹²⁸ Tampoco su pareja le indicó al doctor Molina que estuviera sangrando.¹²⁹ Tampoco surge del expediente del CDT alguna hemorragia.¹³⁰

Entonces, relató que los paramédicos entraron a la habitación donde se encontraba:

R Pero lo veo con una... una sábana, o algo. Unas cosas... eran azul, y con tanque de oxígeno. Y mi mamá le está diciendo al paramédico que para, para, para. Ella no puede parir aquí. Ella es cesárea. La están esperando. Su doctor la está esperando en el Ashford, su doctor es Ruiz Vale. Ahí ellos salieron, buscaron la camilla y está... yo

¹²¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 678-679.

¹²² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 680.

¹²³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 680-683.

¹²⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 684.

¹²⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 686-687.

¹²⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 688.

¹²⁷ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 821, líneas 21-23; 5-6.

¹²⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 746; TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 793-794.

¹²⁹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 797-798.

¹³⁰ Apéndice KLAN202000370, pág. 421.

fui la que me monté en la camilla, que no fueron ellos.

P Okay. ¿Qué acción tomaron los paramédicos contigo, si alguna, en tu casa?

R Ninguna.¹³¹

Los paramédicos permanecieron en el hogar entre veinte a veinticinco minutos.¹³² La señora Walton se acostó en la camilla por sí sola.¹³³ En la ambulancia, sintió que las contracciones aumentaron un poco más.¹³⁴ En la travesía, escuchó al señor Montañez cuestionar a los paramédicos a dónde se dirigían.¹³⁵ Luego de unos veinte a veinticinco minutos, se percató que estaba en el CDT de Dorado cuando la bajaron de la ambulancia.¹³⁶ El doctor Ruiz Ríos le realizó un examen pélvico y le dijo que “estaba en 5 centímetros” y le pusieron un suero y dos inyecciones.¹³⁷ Narró que le pidió a una enfermera que la ayudara, ya que necesitaba llegar al hospital, que su doctor la estaba esperando.¹³⁸

P ... Una vez te busca la ambulancia a tu casa que salen, ¿en qué condición se encontraba tu bebé?

R Mi bebé estaba con vida.

P ¿Cómo tú sabes que tu bebé estaba con vida?

R Porque mi... Perdón.

P Entre el trámite de tu casa al CDT.

R Porque no es mi primer embarazo. Los bebés se mueven y mi barriga se estaba moviendo las... las olas que se hacen cuando está pujando, estaba pateando y estaba moviéndose. Yo lo sentía.

P Okay. Y te pregunto, ¿en qué condición se encontraba tu bebé entre el trámite del CDT de Dorado y el Ashford?

¹³¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 688, líneas 20-24; 689, líneas 1-7.

¹³² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 747.

¹³³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 689.

¹³⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 690.

¹³⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 691.

¹³⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 692-693.

¹³⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 695; TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 802.

¹³⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 695-696.

R Estaba vivo. Yo lo sentía.

P ¿Cómo tú sabes que estaba vivo?

R Pues, como te explico, que él se estaba moviendo, lo estoy sintiendo que se mueve. Siento las patada[s], veo cuando él está pujando los nudos que hace en mi barriga.¹³⁹

El trayecto hasta el PCH fue de 20 minutos. Una vez llegan a PCH, un guardia de seguridad los dirigió hasta el elevador, subieron al segundo nivel, a la sala de parto. Allí, declaró que vio a su pareja entregarle los documentos de la cesárea programada al personal que estaba en la sala de parto.¹⁴⁰ En ese momento, las contracciones eran más fuertes. La señora Walton declaró que sintió al “bebé “like if he was under stress”, moviéndose. [...] he was moving demasia’o”.¹⁴¹ La señora Walton reiteró que “las patadas, las movidas de él se sentía distinto, se sentían más fuerte todavía”.¹⁴² Por igual, las contracciones estaban más fuertes.

P Okay. ¿Cómo cuánto tiempo transcurre, si sabes, no, desde que entras por sala de emergencia, se entregan los papeles, se montan en el ascensor, pasas por esas puertas de sala de parto y te entran a sala de parto y sientes el bebé de esa manera?

R ¡Wow! “That was like...” Quizás como unos 12 minutos. Que ya yo estoy dentro del hospital.

P Correcto.

R Porque recuerda que yo me tropecé con esas puertas que estaban trancadas. Y para entrar de nuevo pues, eso es más tiempo.¹⁴³

El doctor Ruiz vale no se encontraba en la sala de parto, a pesar de las instrucciones de que este realizaría la cesárea.¹⁴⁴ La señora

¹³⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 698, líneas 6-24; 699, líneas 1-8.

¹⁴⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 696-697; 699; 701.

¹⁴¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 703, líneas 14-15, 20-21.

¹⁴² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 704, líneas 16-17, 21.

¹⁴³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 704, líneas 23-24; 705, líneas 1-12

¹⁴⁴ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 829-830.

Walton explicó que el paramédico, el doctor Ruiz Ríos y el doctor Sánchez se encontraban en la sala. Unos cinco minutos de estar en la camilla, le pusieron las *correas*, un monitoreo conocido por la testigo debido a sus partos anteriores.¹⁴⁵ El doctor Sánchez le hizo un examen pélvico y le indicó que había dilatado nueve centímetros y que tenía que pujar.¹⁴⁶

P Okay. ¿Y qué hace el doctor Sánchez entonces?

R Me dijo mamá tienes que pujar. Él es médico, “I am confident (fonética)” el que él me va ayudar. Cuando él me dice que puja, pujé 2 veces y “he doesn’t want to come out”.

P ¿El qué?

R El bebé como que se trancó de “shoulders”.

P Los hombros.

R Ajá.

P Okay.

R Y me tuvieron que... que ayudar para poder darle...

P ¿Quién te trató de ayudar para...

R Sánchez.

P Sánchez. ¿En qué manera te trató de ayudar? ¿Cómo es que...? Descríbele al Tribunal cómo fue que te trató de ayudar.

R Que me esgarró, me esgarró.

P ¿Cómo es eso? Descríbele al Tribunal.

R Con las mismas manos me... “he stretched” la...

P Estiró.

R Unjú. Para que el bebé podía...

P ¿Qué estiró con sus manos? ¿Que fue lo que estiró con sus manos?

R El... la “vaginal”.

P La vagina.

¹⁴⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 706-707.

¹⁴⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 708.

R Vagina.

P Okay. ¿Y qué ocurrió?

R Pues mi bebé se murió. Cuando el bebé sale se lo llevan para limpiarlo, normal. Ahí cuando paro al muchacho ahí es que aparece mi doctor, mi ginecólogo.¹⁴⁷

Entre las 11:20 y 11:23 de la mañana se presenta el doctor Ruiz Vale,¹⁴⁸ quien le expresó a la señora Walton que él la estaba esperando desde las 6:30 de la mañana.¹⁴⁹ El galeno anotó en el expediente médico que la testigo le indicó que llamaron a la ambulancia a las 9:00 de la mañana.¹⁵⁰ En el expediente consta una llamada al 911 a las 9:31:21 de la mañana; y la solicitud de servicios de ambulancia fue registrada a las 9:35 de la mañana.¹⁵¹ La señora Walton aclaró que esa mañana su madre generó “aproximadamente tres llamadas” para requerir una ambulancia que la trasportara hasta el PCH.¹⁵² Entre las llamadas transcurrieron entre quince a treinta minutos.¹⁵³ El 911 solo certificó una llamada proveniente del teléfono de la señora Colón.¹⁵⁴

El doctor Ruiz Vale se dirigió a donde estaba Yariel Adrián y le informó a la señora Walton que este nació sin signos vitales y que intentaban resucitarlo.¹⁵⁵ “A mí se me fue el mundo”.¹⁵⁶ Luego de 45 minutos, la criatura no reaccionó y se lo llevaron para que ella y su pareja pudieran cargarlo.¹⁵⁷ Fue cuando comenzó a sentirse mal y mojada.¹⁵⁸

¹⁴⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 708, líneas 12-24; 709; 710, líneas 1-13.

¹⁴⁸ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 826, líneas 2-6.

¹⁴⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 710.

¹⁵⁰ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 785-786; véase, además, Apéndice KLAN202000370, pág. 264.

¹⁵¹ Apéndice KLAN202000370, págs. 419 y 424.

¹⁵² TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 822-823, línea 3.

¹⁵³ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 824, líneas 3-9.

¹⁵⁴ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 842-844. Apéndice KLAN202000370, págs. 419.

¹⁵⁵ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 712.

¹⁵⁶ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 712, línea 24.

¹⁵⁷ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 713.

¹⁵⁸ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 714.

El doctor me quitó la sábana y me dice “Mrs. Walton” tú tienes un sangrado anormal, me dijo. Cuando él me pone la mano aquí para como darle un masaje a la matriz ahí era como si hubiesen abierto una pluma. Y empezó la sangre... a botar sangre. Ahí mandan a Eddie a que salga del cuarto. Una enfermera se llevó al bebé lo... se lo llevó para donde estaban bregando con él anteriormente. Me hicieron un sonograma ahí mismo, y en el sonograma que se notaba como que tenía un ro... un roto en la... en la matriz. Que luego, no en esos momentos, mucho después fue que me enteré que fue que se me desprendió la placenta.

Me acuerdo que me estaba yendo “like fainting”, y me recuerdo que mi doctor me metía unas bofetada como que “Mrs. Walton, wake up. Be strong”. Tú tienes 3 bebés esperándote en tu casa. “You have to... you know, you have to get out through this well”. Y esas palabras como que no... me dieron fortaleza. Y luché por mi vida. Porque yo era para estar con mi bebé también, con Adrián. De ahí me llevaron para sala de operaciones, que es en otro piso. Y de ahí lo único que me recuerdo es hasta el “recu” es hasta que salí fue cuenta de 100 para atrás. Me pusieron una máscara, me durmieron y me operaron.¹⁵⁹

La señora Walton dijo que le explicaron que se trató infructuosamente de detener la hemorragia, y le extirparon la matriz, con la consecuencia de no poder volver a procrear. La noticia le dolió mucho y aseveró que su relación con el señor Montañez no es la misma. Sufre de dolor al practicar el coito y, en lo emocional, no es ni la mitad de lo que era. Reconoció que era demasiado protectora con sus hijos, lo cual ha provocado fricciones con los adolescentes.¹⁶⁰ “I push everybody away porque estoy ‘stuck’ en ese momento de mi vida. Nadie entiende eso. Yo estoy todavía en el día 17 del 2007, todavía estoy con eso. Lo mismo que sentí en ese momento lo siento ahora”.¹⁶¹

La señora Walton estuvo hospitalizada seis días, en los que requirió nueve unidades de sangre.¹⁶² A pesar de tener la

¹⁵⁹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 714, líneas 16-24; 715, líneas 1-2, 10-21.

¹⁶⁰ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 716-719.

¹⁶¹ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 719, líneas 6-9.

¹⁶² TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 719-720.

hemoglobina baja, la testigo pidió el alta para asistir a los actos fúnebres de su bebé, allá para el 22 de noviembre de 2007.¹⁶³

[D]espués del servicio, después del entierro me fui para mi casa a sentarme a meditar, a llorar, a buscar el por qué. “Why things happened?”. ¿Por qué me tuvo que suceder? Porque mi bebé venía sano. ¿Qué fue lo que pasó? [...] Mi bebé estaba saludable. Y yo le escuché su corazón el día anterior. Yo lo vi en el sonograma moviéndose.¹⁶⁴

(iv) Dr. Alex Andújar Alejandro

El perito de la parte apelada, doctor Andújar, es médico desde 2003 y especializado en medicina de familia con entrenamiento de obstetricia desde el 2010. La especialidad requiere una experiencia de cincuenta partos. Es egresado de la Universidad de Puerto Rico y la Universidad Central del Caribe. Su residencia tuvo lugar en el Hospital Dr. Pila de Ponce, en conjunto con la Escuela de Medicina de Ponce, durante el 2005 al 2008. Asimismo, ha laborado en diferentes salas de emergencia CDT en Dorado, San Juan, Comerío, Vega Baja y Toa Baja, entre otros. En ese escenario, atendió todo tipo de trauma. El perito testificó que llegó a atender a una paciente de parto, a la que acompañó en la ambulancia hasta Centro Médico. En Pennsylvania, Estados Unidos, por igual, atendió partos en las salas de emergencia.¹⁶⁵ En lo pertinente al caso, entre los partos que ha atendido, se ha enfrentado a unos cuatro o cinco *abruptio placentae* o desprendimiento prematuro de placenta.¹⁶⁶ En esos casos, testificó que, aun cuando el perito participa en la preparación de la paciente, la decisión de practicar una cesárea es del ginecólogo.¹⁶⁷

P Permítame. Usted mencionó que hoy día se hace distinción entre médicos de familia con entrenamiento de OB-GYN, y los que no. ¿A qué se refiere eso? ¿Nos puede explicar sobre eso?

¹⁶³ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 721; TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 810-811.

¹⁶⁴ TPO 13 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 722, líneas 12-19.

¹⁶⁵ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 910-913; 933-934; 942-943.

¹⁶⁶ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 941.

¹⁶⁷ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 946.

R Sí. Hay 2 tipos de residencia de medicina de familia. Hoy en día se está haciendo la residencia de medicina de familia en algunos hospitales sin tomar en cuenta... sin hacer nada de entrenamiento en ginecología y obstetricia. En el caso mío sí tuve es entrenamiento. Eso ha venido por los cambios en Estados Unidos que hay mucha... allá sí se... el médico de familia funciona como obstetra y ginecólogo en muchas área[s]. Puerto Rico no tiene esa necesidad porque es un sitio más pequeño. Entonces, existen esos 2 tipos de programa, medicina de familia con ginecología y obstetricia, y sin.

P ¿Y usted lo tiene con?

R Con ginecología y obstetricia.¹⁶⁸

P ¿Y ese entrenamiento de obstetricia de qué se trata? ¿Cuánto tiempo de...

R Durante los 3 años estás con el ginecólogo pasando visita. También tienes que seguir las pacientes desde que se embarazan hasta que terminan el embarazo. Así que haces todo el proceso de la obstetricia, no sólo el parto nada más. También las emergencias, verdad, los ginecólogos tienen sus pacientes admitidas; y a veces, pues si dan a luz en altas horas de la noche tú llamas, haces el parto, puede venir el ginecólogo como no. Están bajo la supervisión de... de los ginecólogos.¹⁶⁹

El perito afirmó tener experiencia en el traslado de pacientes de centros de emergencias hacia hospitales de mayor jerarquía.¹⁷⁰ El médico expresó que nunca ha tomados el “board” de medicina de familia, ya que en Puerto Rico no remuneran por tenerlos. Explicó que ese tipo de certificación de Estados Unidos brinda cierto prestigio, pero no impide al profesional ejercer la práctica médica.¹⁷¹

Luego del *voir dire*, el tribunal calificó al doctor Andújar como médico de familia con adiestramiento básico y conocimiento en el área de ginecología y obstetricia.¹⁷²

¹⁶⁸ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 941, líneas 20-24; 942, líneas 1-15.

¹⁶⁹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 943, líneas 18-24; 944, líneas 1-5.

¹⁷⁰ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 914.

¹⁷¹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 922-923.

¹⁷² TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 977.

Para confeccionar su informe, el perito se reunió con la parte apelada para conocer su relato de los hechos, examinó los informes de los peritos de las otras partes, los registros de la ambulancia, los expedientes médicos del CDT de Dorado y el PCH, literatura de internet sobre desprendimiento de placenta.¹⁷³ El doctor Andújar resaltó que la señora Walton es una paciente que puede identificar cuando el bebé está vivo, ya que había tenido previamente tres embarazos a término: un parto y dos cesáreas.¹⁷⁴ Acotó sobre el hecho de que el cuidado prenatal de esta fue pobre y tardío.¹⁷⁵ No obstante, el doctor Ruiz Vale aceptó atenderla y pautar consultas con mayor frecuencia.¹⁷⁶

En lo que atañe a los asuntos que atendemos, con relación al arribo de la señora Walton a PCH, el perito consignó que la hora de llegada fue a las 10:59 de la mañana.¹⁷⁷ Además, indico:

Allá en el Ashford hay unos inconvenientes. Esos inconvenientes son que si ese paciente para ser transferido... Primero, el doctor Leonardo Molina había dicho a Eddie que la trajera la paciente. Segundo, al salir del Ashford es uso y costumbre que se llame del CDT al hospital y el médico del hospital acepte el caso. El doctor Leonardo Molina acepta el caso. Entonces, si ya el hospital sabe que desde temprano le habían dicho que fueran, va a un... va un médico, va un médico, quizás no saben que iba un médico, pero va la paciente en un "transfer", en una ambulancia. No la están esperando, y la instrucción... no la postearon para la... Postear es como preparar para la sala de... para la cesárea. No la esperaron de la manera... de la manera correcta. No hubo esa entrega de paciente. Y ahí se perdió más tiempo.

Y en esa pérdida de tiempo pues surgió que el bebé falleció y la paciente tuvo un sangrado masivo donde tuvo que eventualmente ir a sala de operaciones como quiera y extraerle parte del útero.¹⁷⁸

¹⁷³ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 986.

¹⁷⁴ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 991.

¹⁷⁵ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 992.

¹⁷⁶ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 993.

¹⁷⁷ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1034.

¹⁷⁸ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 995, líneas 16-24; 996, líneas 1-10.

Para el médico, hubo negligencia de parte del Municipio, ya que se instruyó a la ambulancia a llevar a la señora Walton al CDT, en lugar de PCH para realizarle la cesárea; y también de PCH, debido a que no estuvo preparado para recibirla, a pesar de que ya se había aceptado.¹⁷⁹ A continuación, reproducimos la línea del tiempo del 17 de noviembre de 2007, conforme el testimonio pericial del doctor Andújar.

- 7:00 a.m. – llamada al doctor Molina¹⁸⁰
- 7:30 a.m. – llamada al 911¹⁸¹

El perito destacó que ya se había informado que las instrucciones del médico de turno, doctor Molina, eran llevar a la señora Walton al PCH para practicarle la cesárea.¹⁸²

- 9:40 a.m. – llamada a la OMME según su propio expediente¹⁸³
- 9:51 a.m. – llegada de la ambulancia a la casa de la señora Walton¹⁸⁴
- 10:03 a.m. - salida de la ambulancia de la casa de la señora Walton¹⁸⁵
- 10:25 a.m. – llegada de la señora Walton al CDT, según su expediente¹⁸⁶

P Okay. ¿Cuál fue el tratamiento? ¿Qué se le hizo a doña Telesia en ese CDT de Dorado?

R Se le puso “Ringer’s lactate”, que es líquido para subirle un poco la presión y estabilizarla un poco más. Se le puso Vistaril para calmarle un poquito por la ansiedad, y se le puso Bretín (fonética). Bretín es un topolítico, es algo que se pone... No

¹⁷⁹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 996-997.

¹⁸⁰ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1010.

¹⁸¹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1010.

¹⁸² TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1017.

¹⁸³ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 419 y 1027.

¹⁸⁴ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1027-1028.

¹⁸⁵ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1028.

¹⁸⁶ Apéndice KLAN202000370, págs. 420. TPO 14 de junio de 2017, pág. 1020. Según la OMME, la llegada fue a las 10:12 de la mañana. TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1029.

P ¿Y en el Exhibit 3 qué dice? ¿A qué hora culminó ese viaje?

R A las 10:27.

P A las 10:27. Que ahí entonces es donde usted dice que...

R Hay una discrepancia de 10 minutos.

P Pero la tachadura...

R Hay otra tachadura. Sí.

TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1030, líneas 10-22. Apéndice KLAN202000370, págs. 419.

tiene la indicación del FDA, pero realmente los paneles de expertos se usa [sic] para aguantar un poco las contracciones. Porque al... el ginecólogo hacer un pélvico, que fue parte del tratamiento, y chequearla que estaba en 5, y con ese topolítico él entendía que posiblemente tenía un chance de llegar a tiempo al hospital Ashford.¹⁸⁷

- 10:37 a.m. – llamada que hizo el médico del CDT al doctor Leonardo Molina aceptando el caso y salida de la ambulancia del CDT al PCH.¹⁸⁸
- 10:59 a.m. – llegada de la ambulancia al PCH¹⁸⁹

Según el perito, desde la llegada de la ambulancia a la residencia de la señora Walton hasta su arribo al PCH transcurrieron aproximadamente una hora y diez minutos.¹⁹⁰

P ¿Cuál es la conclusión suya habiendo transcurrido toda la gestión del Municipio de Dorado, sus paramédicos y su ambulancia, en qué sentido usted entiende que ellos fueron negligentes en cuanto a los daños que se reclaman en la Demanda?

R En dilatación del tiempo de llegada de la paciente desde su casa hasta el hospital.

P Okay. ¿En qué se basa esa dilatación?

R Se basa en que llevaron a la paciente... una hora... tardó una hora y diez minutos en llegar al hospital cuando posiblemente ellos pudieran haber hecho ese recorrido en 20, 25 minutos, porque ellos lo hicieron... Una vez ellos salieron del hospital... del CDT, que es más lejos que la casa, ellos llegaron sumamente rápido al Ashford.

P Okay. Entonces, ya ubicada... ya llegada la ambulancia en sala de emergencia del Ashford, ¿qué ocurrencias, qué hechos pudieran, en su opinión, no, determinarse como negligentes y de mala uso de la medicina por parte del hospital Ashford?

R En mi opinión el hospital Ashford tenía que estar preparado para recibir esa paciente diligentemente y rápidamente porque ya había sido aceptada por el doctor Leonardo Molina. Y no solo aceptada, el plan era cesárea. Así que esa paciente tenía que ir

¹⁸⁷ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1031, líneas 20-24; 1032, líneas 1-9.

¹⁸⁸ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1033.

¹⁸⁹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1034.

¹⁹⁰ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1034-1035.

inmediatamente a sala de operaciones porque estaba allí el médico.¹⁹¹

P La nota abajo. La última nota abajo de ese récord médico, de ese segundo folio de ese récord médico, ¿qué establece? ¿Qué dice?

R Hospital Ashford, ambulancia O[M]ME, el doctor Juan Ruiz, paciente aceptada por el doctor Molina. Paciente estable. Signos vitales 121/73, y la firma del doctor Juan Ruiz.¹⁹²

P ¿Qué repercusiones y responsabilidades tiene entonces el hecho de que el doctor Molina haya aceptado a la paciente en “transfer” desde el CDT de Dorado por el doctor Ruiz Ríos?

R Bueno, pues eso implica el doctor Molina va a atender la paciente. El doctor Molina es el que está de guardia, que está puesto en el “roster” de...¹⁹³

P ¿Que qué repercusión o responsabilidades tiene el hecho de que el doctor Ruiz Ríos haya llamado al doctor Molina desde el CDT, y él la haya aceptado bajo instrucción de que la llevaran inmediatamente para allá?

R Se entiende que el doctor Molina pues iba a atender la paciente.¹⁹⁴

Con relación al tratamiento que recibió la señora Walton en PCH el perito Andújar declaró que, en lugar de la sala de parto, debieron dirigirse a la sala de operaciones.¹⁹⁵ “Porque ya el doctor Leonardo Molina había aceptado el caso, y él debió haber sido notificado de la llegada del paciente”.¹⁹⁶ El doctor Andújar aseveró que las enfermeras tenían la responsabilidad de llamar al médico de la señora Walton, “[p]orque una vez llega el paciente al hospital de un médico tiene que ser notificado de su llegada”.¹⁹⁷ No fue hasta las 11:20 de la mañana que las enfermeras contactan al doctor Ruiz

¹⁹¹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1035, líneas 20-24; 1036; 1037, línea 1.

¹⁹² TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1039, líneas 7-13; véase, Apéndice KLAN202000370, pág. 421.

¹⁹³ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1042, líneas 18-24; 1043, línea 1.

¹⁹⁴ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1046, líneas 11-17.

¹⁹⁵ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1048.

¹⁹⁶ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1049, líneas 3-5.

¹⁹⁷ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1049, líneas 22-23.

Vale.¹⁹⁸ El perito de la parte apelada añadió que, en la sala de parto, no le pusieron las *correas* a la perjudicada para medir los latidos fetales y las contracciones, hasta que el doctor Ruiz Ríos lo solicitó.¹⁹⁹ Explicó que el propósito de este instrumento era examinar la viabilidad de la criatura, verificar y comparar los trazados, para ver si hay deficiencia de oxígeno del feto.²⁰⁰ Afirmó que en las desaceleraciones tardías se puede evidenciar si la criatura está en “distress”.²⁰¹ En cuanto a la desaceleración tardía, el perito enunció:

Una desceleración (fonética) [*sic*] tardía es cuando ocurre una contracción... cuando ocurre una contracción y luego hay un... un deterioro en los... en los latidos del bebé. Y eso dice que el... “distress” respi... Hay una deficiencia útero placentaria. A diferencia que las... de las que son tempranas, que a veces es por... el bebé se movió en una posición o... y a veces se resuelve con cambiar de posición a la madre.²⁰²

El expediente ante nuestra consideración no cuenta con la culminación del testimonio pericial de la parte apelada. Tampoco con su informe. El testimonio del doctor Andújar continuó al siguiente día, pero las horas de la mañana de la vista fueron omitidas en la TPO sometida por la parte apelante.

En el segmento del turno de contrainterrogatorio disponible en la transcripción, correspondiente a la tarde del 15 de junio de 2017, el perito Andújar reconoció que una diferencia de dos horas en una emergencia como la de autos era importante. Esto en relación con la discrepancia de la hora de la llamada al 911.²⁰³ El perito, no obstante, acotó que hubo llamadas anteriores a la de las 9:30 de la mañana.²⁰⁴ En cuanto al sangrado de la señora Walton, el doctor Andújar fue

¹⁹⁸ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1050.

¹⁹⁹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1051-1052.

²⁰⁰ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1052.

²⁰¹ TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1053.

²⁰² TPO 14 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1053, líneas 9-15. Estas fueron las últimas expresiones del perito, ya que por razones de tiempo el testimonio fue interrumpido sin culminar.

²⁰³ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1071-1072.

²⁰⁴ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1109.

consistente con la deposición tomada al indicar que no lo incluyó en su informe porque no se especificó una aproximación de cuántos mililitros se trataba.²⁰⁵

P Okay. Pues el documento... Ya estamos en la primera página del documento Exhibit Conjunto Número 6. Dígame si es o no cierto que en la última línea de esa página dice que había mucho sangrado.

R Sí. Dice...²⁰⁶

En efecto, del expediente de la OMME surge que la señora Walton presentó “mucho sangrado” pero no precisa una aproximación de la cantidad.²⁰⁷ “Mucho” es una apreciación cualitativa y el doctor Andújar requería una cifra en mililitros.²⁰⁸ Por otra parte, en las notas de enfermería del CDT, no se marcó el encasillado de hemorragia y el doctor Ruiz Ríos describió el sangrado como uno leve.²⁰⁹

Durante su declaración, según se inquirió, el perito admitió que la señora Walton presentaba taquicardia, tensión baja, estaba fría, pálida y sudorosa al momento de ser examinada por los paramédicos. El doctor Andújar asintió cuando se le cuestionó si esa sintomatología era compatible con la pérdida de sangre y un shock hipovolémico.²¹⁰ Los paramédicos, sin embargo, no consignaron esa clave.²¹¹ El perito aseveró que, incluso si ese hubiese sido el caso, se debió respetar la decisión de la señora Walton de que la trasladaran a PCH.²¹² Explicó, además, que “[e]l tratamiento del shock hipovolémico se pudo haber dado en la ambulancia, porque para poner suero no hay que ir a un

²⁰⁵ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1081-1082.

²⁰⁶ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1087, líneas 14-19.

²⁰⁷ Apéndice KLAN202000370, pág. 426.

²⁰⁸ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1223.

²⁰⁹ Apéndice KLAN202000370, págs. 421-422. Véase, además, TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1220, líneas 11-23.

²¹⁰ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1089-1090; 1094.

²¹¹ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1103, 1235-1236; refiérase, además, Apéndice KLAN202000370, pág. 426.

²¹² TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1096.

CDT, por esa razón la cánula... Yo no lo hubiese puesto una cánula, le hubiese puesto una mascarilla de oxígeno. No es que está del todo mal, pero eso se pudo haber hecho de la ambulancia y avanzar lo antes posible. Si como quiera, a pesar de que hubieran pasado las cuatro horas, se hacen esos tratamientos en la ambulancia y se va directamente, yo creo hoy en día que el bebé estuviera vivo”.²¹³ El doctor Andújar concurrió en que se debió llevar a la señora Walton a un hospital más cercano.²¹⁴

El perito Andújar explicó también que era uso, costumbre y consenso entre los médicos hacer una hoja de transferencia cuando se traslada a un paciente entre instituciones y se entrega de médico a médico.²¹⁵ En este caso, no pasó de esa manera.²¹⁶ El doctor Ruiz Vale hizo constar en el expediente que no existía evidencia de hoja de transferencia.²¹⁷

El perito estuvo de acuerdo en que, al entrar a la sala de parto, la señora Walton estaba totalmente dilatada, con sangrado vaginal y contracciones cada dos minutos.²¹⁸ En el CDT de Dorado no se tomaron pulsos fetales.²¹⁹ En el expediente de PCH surge que la enfermera anotó que los latidos de la madre estaban a un ritmo de 142.²²⁰ Según el perito Andújar, de acuerdo con el trazado tomado a las 11:22 de la mañana, la criatura tenía pulso.²²¹ La enfermera, entonces, se comunicó con el doctor Sánchez, quien determinó que la señora Walton estaba en parto inminente. El parto de la criatura natimuerta culminó cuatro minutos después a las 11:26 de la

²¹³ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1121, 18-24; 1122, líneas 1-3.

²¹⁴ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1189.

²¹⁵ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1158.

²¹⁶ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1159.

²¹⁷ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1160-1161; Apéndice KLAN202000370, pág. 264.

²¹⁸ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1168.

²¹⁹ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1184.

²²⁰ Apéndice KLAN202000370, pág. 346.

²²¹ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1137-1138.

mañana. Según el perito, este proceder fue correcto.²²² Entonces, la enfermera se comunicó con el doctor Ruiz Vale.²²³ Conforme la opinión del perito, Yariel Adrián murió unos dos o tres minutos antes del parto.²²⁴ La criatura nació con un APGAR en cero; los esfuerzos de resucitarlo fueron infructuosos.²²⁵ Ahora bien, para el perito Andújar, antes de llegar al PCH, la criatura estaba con vida por los movimientos fetales que describió la señora Walton.²²⁶ “Está aceptado en medicina, y por Williams, que es un signo de viabilidad fetal que la madre describa los movimientos”.²²⁷ El doctor Andújar insistió en que Yariel Adrián pudo haber estado vivo entre dos a tres minutos antes de nacer.²²⁸

P Bien. Dígame si eso no cierto que un paciente que según usted pudo haber estado vivo 2 ó 3 minutos antes de nacer, con 50 minutos de proceso de reavivarlo, era probable que entonces sí reviviera.

R Como instructor CPR todo depende de, verdad... Ya una persona muere el proceso de reanimar una... decimos resucitar, pero es reanimar un paciente, no se han hecho estudios en cuanto a eso sobre las probabilidades de salir o no. Sí, después de tres minutos ya comienza como haber cambios... daños en el cerebro y en los órganos como el corazón, y eso sí está probado.²²⁹

En el proceso se aclaró que la razón para una ausencia de trazado en el CDT es que en dicha institución no había un monitor fetal.²³⁰ Ni hubo otra forma de identificar el latido fetal.²³¹

Asimismo, desfiló prueba en la sala sentenciadora de que, desde el arribo de la perjudicada a las 10:59 de la mañana, el expediente en la sala de parto se comenzó a cumplimentar a las 11:17

²²² TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1138; 1178-1179.

²²³ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1179.

²²⁴ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1131.

²²⁵ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1189-1190.

²²⁶ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1193.

²²⁷ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1196, líneas 3-5.

²²⁸ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1190.

²²⁹ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1190, líneas 9-21.

²³⁰ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1202.

²³¹ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1203.

de la mañana.²³² Es decir, una diferencia de 18 minutos. El testigo pericial opinó que era necesario poner las *correas* lo antes posible para contar con una evaluación de cómo estaban los latidos fetales y las contracciones uterinas.²³³

P A las 11:17. Y a las 11:17 qué pulso manifestó la doctora... la enfermera, perdón, en la ciento... página 146, que tenía la madre.

R No lo encuentro, pero si mal no recuerdo...

P Refiérase... refiérase a la sexta línea, según identificó el Tribunal en el re-directo... en el contra-interrogatorio de la compañera, de esa primera nota de las 11:17. ¿Qué pulso materno encontró la enfermera a las 11:17?

R 142.

P 142. Y a las 11:18, en el trazado que está en ese mismo Exhibit 1, que es la penúltima página, ¿qué pulso reflejaba las correas del feto?

R ¿Puede repetir la pregunta?

P Claro que sí. A las 11:18, un minuto después de esta nota médica, ¿qué pulso reflejan los trazados del feto, de Yariel Adrián, a las 11:18?

R cien... ciento... 120.

P 120. ¿Y cuál era el pulso que identificó el doctor Ruiz Ríos de los latidos fetales según el trazado?

R ciento... 136.

P 136. ¿Cuál es la diferencia en pulsaciones entre madre e hijo a la misma hora?

R ¿Puede re-frasear la pregunta?

P Claro que sí. Hemos establecido que a las 11:17 hay una nota de enfermería que identifica un pulso materno de 140 latidos por minuto. ¿No?

R Sí.

P Perdón, 142, 142. ¿Verdad que sí?

R Sí.

²³² TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1203; Apéndice KLAN202000370, pág. 346.

²³³ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1282.

P Okay. Y tenemos una pulsación identificada por el doctor Ruiz Ríos, y según su testimonio original, que ese trazado refleja, ¿qué latidos del feto?

R Sí. 136.

P 136. La pregunta entonces es, ¿cuál es la diferencia entre los latidos a la misma hora, entiéndase ciento... a las 11:17, 11:18 de la mañana, entre madre según identificada por la enfermera, y feto según identificado por el doctor Ruiz Ríos.

R Son dos latidos diferentes, dos números diferentes.

P Okay. A 6 pulsaciones de diferencia cada uno. ¿Verdad que sí?

R Correcto.²³⁴

El perito Andújar sostuvo también lo siguiente:

P [...] ¿en cuánto tiempo entre una emergencia obstétrica pudiera un doctor realizar una cesárea efectiva?

R Una cesárea si está... se puede inducir al paciente para operar, en 2 a 3 minutos puedes hacer una cesárea.²³⁵

En cuanto al procedimiento quirúrgico al que fue sometida la señora Walton, se dijo que la señora Walton sangró profusamente después del parto, por lo tanto, el perito coligió que la emergencia del desprendimiento de placenta se presentó una vez culminó el alumbramiento.

Bueno, por definición el “abruptio placentae” es el desprendimiento antes de la... del parto. El desprendi... un desprendimiento masivo puede ser antes o después del parto, que usualmente, claro, cuando la mujer da a luz hay un desprendimiento. En este caso al ella dar a luz sí hubo un desprendimiento masivo evidenciado por un sangrado de 500 a 750 mililitros.²³⁶

Claro. La definición de “abruptio placentae” es un rompimiento antes del parto. Lo que yo me quería referir era que en el momento de cuando ella dio a luz en el hospital Ashford, ahí hubo un desprendimiento masivo y un sangrado masivo documentado. No tenemos un

²³⁴ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1204-1206, líneas 1-17.

²³⁵ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1200, líneas 12-17.

²³⁶ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1231, línea 24; 1232, líneas 1-6. Véase, también, Apéndice KLAN202000370, pág. 1239, líneas 16-21.

sonograma, verdad, para ver cuánto era el sangrado que teníamos, la forma de medir se había sangrado interno o no. ¿Cuánto? Una estimación a través de sonograma. Claro, en el CDT no hay sonograma, y mucho menos en ambulancia.²³⁷

A través de un sonograma se puede categorizar si el “abruptio placentae” es parcial o completo. Hay unos libros que entran en unas definiciones de cuántos mililitros es versus el estado del paciente. El problema que tenemos en este caso es que no tenemos un sonograma disponible para medirlo.²³⁸

En fin, el perito Andújar aseguró que el desprendimiento de la placenta sobrevino después del parto.²³⁹ Aclaró que este proceso (“bloody show”) es parte normal del parto,²⁴⁰ pero en el caso de la señora Walton, el perito opinó que presentó un útero de *Couvellaire*, es decir, hubo un desprendimiento masivo y fue necesario extraerlo.²⁴¹

El expediente ante nuestra consideración no cuenta con la culminación del testimonio pericial de la parte apelada. Su testimonio continuó al siguiente día, pero con el contrainterrogatorio ya iniciado, dirigido por el Municipio, toda vez que las horas de la mañana de la vista fueron omitidas en la TPO incluida.

B. Testigos del Municipio de Dorado

Aun cuando la *Petición de Apelación* del Municipio fue desestimada, consideramos sus testigos, a saber: Eliezer González Ramos, testigo de refutación; Joselito Colón Oquendo, paramédico y declarante con conocimiento personal de los hechos en controversia y el perito del Municipio, Dr. José Gorrín Peralta.

²³⁷ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1254, líneas 6-14.

²³⁸ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1255, líneas 21-24; 1256, líneas 1-2.

²³⁹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1256.

²⁴⁰ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1257.

²⁴¹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1264, 1269, 1272.

(i) Eliezer González Ramos

El señor González, testigo de refutación, a la fecha del juicio, había dirigido la OMME por siete meses.²⁴² Afirmó que, para la fecha de los hechos, las ambulancias del Municipio eran de tipo II, nunca han tenido las del tipo III.²⁴³ Este tipo de ambulancia no tiene el servicio de “medical control”.²⁴⁴ Las ambulancias de tipo III con servicios de “medical control”, requieren un contrato de servicio de médicos 24 horas. Sin embargo, el Municipio solo cuenta con las del tipo II para transportar pacientes.²⁴⁵

Contrario a las expresiones del perito de la parte apelada, doctor Andújar, quien indicó que las ambulancias de tipo II tienen sueros y “medical control”,²⁴⁶ el señor González aseveró que las ambulancias tipo II no cuentan con sueros en su inventario.²⁴⁷ Esto, a pesar de que en la hoja de inventario sí se encontraban desglosados varios tipos de sueros como parte de los materiales y equipo médico. En este caso, esos incisos estaban seguidos de una anotación a mano de “NA” [No Aplica].²⁴⁸ En respuesta a la incongruencia, el testigo declaró desconocer quién preparó el documento.²⁴⁹ Asimismo, a pesar de reconocer que el termómetro es un utensilio básico, el mismo también aparece con la misma anotación.²⁵⁰ Finalmente, el testigo admitió no tener conocimiento de los requerimientos de inventario de una ambulancia tipo II.²⁵¹

²⁴² TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1414; 1440.

²⁴³ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1416; 1418.

²⁴⁴ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1423.

²⁴⁵ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1431-1432.

²⁴⁶ TPO 15 de junio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1123; 1259; 1274.

²⁴⁷ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1425.

²⁴⁸ Apéndice KLAN202000370, pág. 428. TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1446-1447. El paramédico Colón explicó que NA significaba “no aplica”. Véase, TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1501-1502.

²⁴⁹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1448-1449.

²⁵⁰ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1456-1457.

²⁵¹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1472-1473.

(ii) Joselito Colón Oquendo

El señor Colón labora en la OMME desde 1994. Para la fecha de los hechos que nos competen, era subdirector de la entidad y paramédico o técnico de emergencias médicas.²⁵² Para el 17 de noviembre de 2007, la llamada de emergencia no fue directa a la OMME, sino al Sistema 911. Luego, el operador del CEM se comunicó con la OMME y el despachador activó la ambulancia.²⁵³

R Bueno, tan pronto el despacho nos da la información damos el millaje. El despachador nos da la salida, nos da la hora de lo que se llama el 69 70 71... según vamos llegan... Tan pronto salimos a la emergencia vamos al 70. Damos el milla[j]e...

P Vamos a ir por parte. ¿Qué significa el 70?

R 70 es la salida a la emergencia.

P ¿Y cuando dice la salida a qué se refiere?

R Que la ambulancia va en ruta. Va saliendo para la emergencia y le decimos despacho 70. Y él nos da la hora en que nos está dando... que nosotros estamos dando la salida al caso.

P “So” debo entender que el 70 significa la hora en que sale la ambulancia para atender la emergencia.

R Correcto.

P Okay. ¿Luego entonces qué pasa?

R Tan pronto llegamos a la residencia damos lo que es el 71, que es la llegada a la residencia. Damos el milla[j]e...

P ¿71 signi...? ¿Qué es lo que significa cuando usted dice llegada?

R Llegada al lugar de la emergencia.

P ¿La hora?

R La hora. Nos da la... Entonces nos da la hora de que llegamos al lugar.

P ¿Qué otra información intercambia con la base, si alguna?

²⁵² TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1477-1478.

²⁵³ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1480-1482.

R En todo momento le estamos... Tan pronto nos bajamos de la unidad llegamos a la emergencia, la atendemos...

P ¿Antes de llegar a la emergencia...

R Okay.

P ... qué otra información...? ¿Antes de llegar al lugar de la emergencia qué otra información, si alguna, usted intercambia con la base, además del 60 y del 70 cuando llegó, antes de bajarse?

R No, y los datos o la información del paciente, nombre, dirección, la edad del paciente, la condición del paciente al momento.

P ¿Alguna otra información?

R La edad.

P Usted mencionó que dio el milla[j]e. ¿Le da usted alguna otra información además del milla[j]e?

R Bueno, el despacha... Sí, el despachador nos da la hora.²⁵⁴

.

P ¿Por qué usted no anota la...? ¿Por qué usted tiene que esperar a que la base le de la hora y no la anota usted de su reloj?

R Porque tiene que ser conforme y tiene que ser la misma hora para el despacho tener la misma información que corres... que tenemos nosotros en nuestra hoja.²⁵⁵

El día de los hechos, el testigo tenía el día libre y se encontraba en el CDT con su hermano, atendiendo una situación personal con este. Al recibir la llamada de emergencia de la señora Walton, el testigo decidió acompañar al otro paramédico, Eliezer Huertas.²⁵⁶ El testigo declaró que llegó a la residencia a las 9:51 de la mañana.²⁵⁷ En su intervención con la señora Walton, el señor Colón indicó que le tomó los vitales y trabajó con ella.²⁵⁸ Los signos vitales de la señora Walton eran “90/60, 120 el pulso. Las respiraciones las tenía en 20,

²⁵⁴ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1482, líneas 22-24; 1483-1484; 1485, líneas 1-15.

²⁵⁵ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1487, líneas 14-21.

²⁵⁶ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1536.

²⁵⁷ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1494.

²⁵⁸ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1492.

24 y la oximetría estaba en 100”.²⁵⁹ Describió a la paciente como que estaba “pálida, fría, sudorosa”, lo que le sugirió que estaba en shock.²⁶⁰ Aun así, el paramédico Colón no marcó en el documento el encasillado de “shock” porque “lo pasé por alto”.²⁶¹ También vio líquido y sangre al levantar la sábana.²⁶² En respuesta, le administró oxígeno y se dirigió a la sala de emergencia más cercana porque no tenía ningún tipo de medicamento en la ambulancia, ya que no estaban certificados.²⁶³ Tampoco aplicó otras maniobras disponibles para estabilizarla.²⁶⁴

Luego de describir lo intransitable de la ruta en Dorado, añadió que tomó la decisión a base de los vitales de la señora Walton.²⁶⁵ El paramédico estaba consciente que la vida de la madre y la criatura estaban en peligro. Desde que llegaron a la residencia, el paramédico sabía que la señora Walton tenía una orden médica para acudir al PCH.²⁶⁶ Salió de la residencia a las 10:03 de la mañana en dirección al CDT, adonde arribaron a las 10:12 de la mañana.²⁶⁷ El testigo declaró que fue él quien cumplimentó los documentos al mismo tiempo que se suscitaban los eventos.²⁶⁸ El señor Colón dijo que en una emergencia tiene discreción por encima de la del médico.²⁶⁹ Admitió que obró unilateralmente, distinto a los deseos de la señora Walton de que la transportaran al PCH.²⁷⁰ El paramédico explicó su decisión: “Nosotros llegamos a la sala... al CDT de Dorado para que

²⁵⁹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1495, líneas 22-24.

²⁶⁰ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1496, línea 20.

²⁶¹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1574, línea 15. Apéndice. KLAN202000370, pág. 426.

²⁶² TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1505.

²⁶³ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1496.

²⁶⁴ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1529.

²⁶⁵ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1556.

²⁶⁶ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1526.

²⁶⁷ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1497-1498.

²⁶⁸ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1549.

²⁶⁹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1527-1528.

²⁷⁰ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1533.

la paciente fuera estabilizada, se le administrara un suero y proceder a llevarla al Ashford. Porque no me la podía llevar sin... sin suero".²⁷¹

Los paramédicos permanecieron en el CDT porque sabían que tenían que transportar nuevamente a la señora Walton.²⁷² El paramédico Colón testificó que la determinación de ir al PCH fue del doctor Ruiz Ríos.²⁷³ El señor Colón fue el conductor del CDT al PCH y, conforme el despachador, arribó allí a las 10:59 de la mañana.²⁷⁴

P Okay. Y entonces, una vez usted anota esa hora es que usted procede entonces a desmontar a la paciente de la ambulancia. ¿Correcto?

R Sí.

P Okay. En ese viaje lo cierto es que no había ningún otro paramédico, excepto usted. ¿Correcto?

R Correcto.

P Okay. Y además, estaba el doctor Juan Ruiz. ¿Correcto?

R Correcto.

P Y el señor Eddie Montañez también estaba en ese viaje. ¿Correcto?

R Correcto.

P Cuando le dan esa hora de las 10:59 ahí comienza a correr el reloj y usted empieza hacer todo el procedimiento para trabajar con la paciente. ¿Correcto?

R Eso es lo que... Sí. Correcto.

P Okay. ¿Y dónde específicamente en el hospital Ashford es que usted llega a... al hospital? ¿En qué parte?

R Al estacionamiento de la sala de emergencia.

P Bien. Y dígame si es o no cierto que en esa sala de emergencia hay un área designada para las ambulancias.

R Correcto.

²⁷¹ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1555, líneas 18-21.

²⁷² TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1499.

²⁷³ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1569.

²⁷⁴ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1560.

P Le pregunto, ¿si es o no cierto que esa fue el área donde usted estacionó su ambulancia?

R Correcto.

P Bien. Le pregunto, ¿si es o no cierto que la entrada hacia la sala de emergencia en el hospital Presbiteriano tiene una entrada independiente para las ambulancias?

R Sí.

P Dígame si es o no cierto que esa fue la entrada que ustedes utilizaron.

R Correcto.

P Okay. Y dígame si es o no cierto que esa entrada tiene un control de acceso.

R Correcto.

P Bien. Y lo cierto es que para usted acceder a sala de emergencia a través de esa entrada usted tiene que tocar un timbre. ¿Correcto?

R Correcto.

P Y en este caso eso fue lo que sucedió. ¿Correcto?

R Correcto.

P Bien. Y una vez se le abre la puerta, ¿hacia qué parte del hospital es que usted entra por esa puerta?

R Por ahí entramos a la sala de emergencia.

P Cuando usted entra a sala de emergencia usted está entrando como tal a lo que es toda el área de sala de emergencia. ¿Correcto?

R Correcto.

P Que no está entrando a la parte donde están los visitantes de sala de emergencia. ¿Correcto?

R Correcto.

P ¿Usted había ido...? Antes de ese 17 de noviembre de 2007 usted había ido anteriormente al hospital Presbiteriano. ¿Correcto?

R Correcto.

P A dejar pacientes en función... ¿Verdad? Como técnico de emergencias médicas. ¿Correcto?

R Correcto.

P Y antes de esa fecha usted también había ido a dejar pacientes en la sala de partos del hospital Presbiteriano. ¿Correcto?

R Correcto.

P Muy bien. Esa sala de emergencia queda en el primer piso del hospital. ¿Correcto?

R Correcto.

P Bien. Una vez usted llega adentro de sala de emergencia, dígame si es o no cierto que el doctor Juan Ruiz preguntó dónde estaba la sala de partos.

R Correcto.

P Bien. [...] ¿Y dónde queda la sala de partos en el hospital Presbiteriano?

R Ahora no me acuerdo si es el segundo piso.

P No queda en el primer piso. ¿Correcto?

R No.

P Okay. Y entonces, una vez ustedes le indican donde es sala de parto, lo cierto es que ustedes se transportaron con la paciente, con don Eddie y el doctor Ruiz hacia la sala de parto. ¿Correcto?

R Correcto.

P Bien. Le pregunto, ¿si es o no cierto que para llegar a sala de parto usted tiene que salir de sala de emergencia y tomar un pasillo bastante largo? ¿Correcto?

R Correcto.

P ¿Usted podría decirle, más o menos, al Tribunal qué distancia tiene ese pasillo desde sala de emergencia al... al ascensor? ¿Si tiene un aproximado?

R Es que no... no... Ahora mismo no recuerdo más o menos qué... No le puedo decir un número porque no lo... Llevo... llevo tiempo que no voy ahí, y no puedo decirte que...

P Okay. Tuvo que caminar por lo menos un par de minutos para llegar al ascensor. ¿Correcto?

R Correcto.

P Y una vez toman el ascensor se dirigen hacia el piso donde está sala de parto. ¿Correcto?

R Correcto.

P Bien. Y una vez ustedes llegan a sala de parto lo cierto es que ahí esa entrada a sala de partos está restringida. ¿Correcto?

R Correcto.

P Bien. Dígame si es o no cierto que una vez ustedes llegan a sala de parto ustedes tocan un timbre.

R Correcto.

P Y que se le abrió la puerta en sala de parto para que tuvieran acceso adentro de sala de parto. ¿Correcto?

R Correcto.

P Y ustedes tan pronto entran a sala de parto colocan a la paciente en una cami... en una habitación allí en sala de parto. ¿Correcto?

R Correcto.

P La transfieren de una camilla a otra. ¿Correcto?

R Correcto.

P Okay. Y dígame si es o no cierto que tan pronto la... ustedes llegan a sala de parto la enfermera del hospital le coloca las correas a la paciente Telesia Walton.

R Correcto.

P Okay. Y una vez le colocan las correas usted y el doctor Ruiz... perdone, el doctor Ruiz se van de... de sala de parto. ¿Correcto?

R Correcto.²⁷⁵

(iii) Dr. José Gorrín Peralta

El perito Gorrín es un reputado médico que fue cualificado en ginecología y obstetricia, incluyendo partos de complejidad.²⁷⁶ El médico rindió un informe escrito.²⁷⁷ El perito Gorrín resumió los hechos que, a su entender, ocurrieron el 17 de noviembre de 2007.²⁷⁸ Allí defendió la decisión de los paramédicos de trasladar a la señora Walton hasta el CDT para estabilizar un alegado “shock”

²⁷⁵ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs.1561-1569.

²⁷⁶ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1594-1651.

²⁷⁷ Apéndice KLAN202000370, págs. 102-114.

²⁷⁸ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1656-1662.

hipovolémico. Se basó en los signos vitales de la paciente: hipotensión (90/60), taquicardia (120), piel fría y sudorosa, lo que le hizo suponer que la señora Walton atravesaba por una “pérdida masiva de sangre”.²⁷⁹ Reconoció que el encasillado de “shock” no está marcado y que la señora Walton siempre estuvo alerta y nunca perdió el conocimiento.²⁸⁰

Opinó que, luego de administrársele intravenosa de líquidos la tensión subió a 120/70, el pulso se redujo a 86.²⁸¹ A preguntas de la representación legal de la parte apelada, el perito Gorrín admitió que hay personas cuya normalidad son los valores de tensión 90/60; incluso, muchas veces las embarazadas presentan reducción en la presión.²⁸² En el caso de la señora Walton, durante su embarazo, la presión sistólica más baja fue de 118; y la diastólica, 64.²⁸³ Además, asintió al cuestionársele que apenas en 15 minutos se restableció, así como que su oxigenación estaba bien.²⁸⁴ Es decir, la estabilización de la señora Walton se limitó a oxígeno, un suero, Bretin y Vistarín.²⁸⁵ Por igual, aceptó que pudiera ser que la taquicardia y los signos fuera atribuible a la ansiedad, molestia o preocupación de la apelada.²⁸⁶

La teoría del perito Gorrín era que probablemente la criatura había fallecido antes de que la ambulancia llegara a la casa de la señora Walton.²⁸⁷ Se basó en el hecho que no se pudo resucitar y mostró un APGAR de cero.²⁸⁸ Afirmó que el desprendimiento prematuro de placenta era una de las causas principales de mortalidad materna y perinatal.²⁸⁹ “[S]e ha demostrado que cuando

²⁷⁹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1725-1730.

²⁸⁰ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1851; 1907.

²⁸¹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1735-1736.

²⁸² TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1820; 2009-2010.

²⁸³ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2012-2013.

²⁸⁴ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1908-1909.

²⁸⁵ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1975-1976.

²⁸⁶ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1913-1914.

²⁸⁷ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1664.

²⁸⁸ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1921-1922.

²⁸⁹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1616-1617.

pasan más de 20 a 30 minutos después que empieza la... el desprendimiento de placenta, la mortalidad perinatal comienza a subir de forma geométrica”.²⁹⁰ Esto, porque, según explicó, al cabo de tres a cinco minutos sin que el feto pueda respirar, por no recibir oxígeno de la placenta, empieza a morir.²⁹¹ “[E]n los bebés a término, como este bebé, la mortalidad perinatal de un ‘abruptio’ es 25 veces más alta”.²⁹²

Para el experto, el hecho que el bebé naciera muerto y luego no se pudiera resucitar, a pesar de los esfuerzos, era un indicio de que había muerto hacía tiempo.²⁹³ El perito descartó el testimonio de la señora Walton cuando aseguró haber sentido los movimientos de la criatura en su vientre.²⁹⁴ “Yo no puedo discutirle que no lo estaba sintiendo. Yo lo que puedo es hacer una composición de todos los factores que yo pude evaluar y concluir de que [sic] este bebé probablemente no estaba vivo ya cuando iban para el Presbiteriano”.²⁹⁵ Sostuvo que el latido registrado era el de la madre.²⁹⁶ Pero aclaró que no había un sonograma para verificar si el bebé estaba vivo; y aseveró que el sonograma era excelente.²⁹⁷ Aunque para determinar un *abruptio placentae* no resultaba eficaz.²⁹⁸

En cuanto a la emergencia sobrevenida después del parto, declaró lo siguiente:

[A]l momento del parto se describe que expulsó entre 500 y 750 mililitros de sangre como un chorro que salió detrás del bebé. Esa era la sangre que estaba detrás de la placenta. Y entonces, la paciente no puede parar de sangrar después, como hemos dicho aquí, hubo que meterla en sala, hubo que abrirla nuevamente, hubo

²⁹⁰ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1665, líneas 6-8.

²⁹¹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1666.

²⁹² TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1667, líneas 6-8.

²⁹³ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1668; 1803-1804.

²⁹⁴ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1959-1960.

²⁹⁵ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1769, líneas 21-24; 1770, línea 1.

²⁹⁶ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1740.

²⁹⁷ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1960.

²⁹⁸ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1800; 1873-1874.

que abrirle el vientre y ahí se encuentran el útero de *Couvelaire*.²⁹⁹

Describió el útero de *Couvelaire* como aquel que ha tenido penetración de sangre.³⁰⁰ Según el perito Gorrín, en este caso, el útero de *Couvelaire* se identificó después del parto.³⁰¹ Dijo que el de la señora Walton fue severo y que requería que se le extrajera para salvar su vida.³⁰²

El doctor Gorrín elaboró una teoría basada en que la señora Walton sufrió un desprendimiento prematuro de placenta (*abruptio placentae*) cuya hemorragia causó la muerte de la criatura desde antes que llegara la ambulancia a su hogar. Planteó que, en esas circunstancias, el bebé debe nacer por la vía más expedita.³⁰³ “[S]i pasan 30 minutos, la mortalidad perinatal se dispara logarítmicamente”.³⁰⁴ Ahora, explicó que la condición suele ocurrir en madres mayores de 35 años, fumadoras o usuarias de cocaína; y ninguno de esos escenarios aplica al caso de la señora Walton.³⁰⁵ Describió también las contracciones de un *abruptio placentae* como tetánicas; mientras que las de un parto son cada dos a tres minutos.³⁰⁶ Admitió que el expediente de la apelada no recoge ese tipo de contracción tetánica, sino que surge de su análisis.³⁰⁷

En fin, el perito Gorrín opinó que el desprendimiento de placenta comprometió cardiovascularmente a la señora Walton y puso en peligro su vida y la de la criatura.³⁰⁸ Defendió su tesis de que el bebé estaba muerto desde que la señora Walton se encontraba en

²⁹⁹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1669, líneas 9-16.

³⁰⁰ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1669.

³⁰¹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1884.

³⁰² TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1787-1788.

³⁰³ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1684.

³⁰⁴ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1685, líneas 5-6.

³⁰⁵ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1680; 1857-1858.

³⁰⁶ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1682.

³⁰⁷ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1858-1859.

³⁰⁸ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 1688.

su casa.³⁰⁹ Sin embargo, admitió que no tenía constancia real de cuándo la criatura murió en realidad, ni siquiera a base de una acidez en la sangre equivalente a 6.6 (el PH normal en un recién nacido es 7.1 a 7.4).³¹⁰ Tampoco tenía certeza de cuándo ocurrió el desprendimiento de placenta.³¹¹

Además, reconoció que la señora Walton tuvo un embarazo sin problemas, hasta el 17 de noviembre de 2007.³¹² Aun así, opinó que ninguno de los respondedores fue responsable de los daños. Expresó que los paramédicos identificaron bien el grado de la urgencia y la necesidad de estabilizar a la paciente.³¹³ Indicó que en el CDT “hicieron lo que podían hacer allí y salieron para el hospital”, donde dio a luz “como media hora después de llegar al Presbiteriano”.³¹⁴ De no haber ido al CDT, expresó que la madre pudo haber muerto de camino al PCH; las estadísticas recogen un 19% de mortalidad materna.³¹⁵ El perito Gorrín opinó que la decisión del paramédico Colón de llevar a la señora Walton hasta el CDT, a sabiendas de las indicaciones de la orden médica que establecía llevarla al PCH, fue correcta.³¹⁶

P [...] ¿Puede morir o puede haber una situación en que se dé un “abruptio placentae” parcial...

R Sí.

P ...y morir el bebé?

R Todo depende de cuál es la parcialidad o qué porcentaje...

P Correcto.

³⁰⁹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2040.

³¹⁰ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1962, 1738; 2037-2038.

³¹¹ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1965-1966; 2035-2036.

³¹² TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1765-1766.

³¹³ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1672-1673.

³¹⁴ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1674, líneas 21-24; 1675, línea 1; 1752.

³¹⁵ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1796-1797.

³¹⁶ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1826-1827; 1830-1831.

R ...de la superficie...

P Correcto.

R ...placentaria se desprende.

P Muy bien. Y puede haber instancias donde puede haber un “abruptio placentae” masivo y sobrevivir el bebé. Usted lo dijo. Si estaba ya en el hospital.

R Seguro.

P Todo depende del tiempo y la premura...

R Así es.

P ...en que se saque al bebé...

R Así es.

P ...del útero. ¿Verdad que sí?

R Así es.³¹⁷

Cuando la parte apelada culminó la presentación de su prueba, PCH instó una moción de *non suit*, en la cual no prevaleció. Entonces, el apelante optó por presentar evidencia. Resumimos la prueba testifical concernida.

C. Prueba testifical de la parte apelante

(i) Magaly Rosa Galarza

La señora Rosa³¹⁸ es enfermera graduada desde el 1988 y labora en la sala de parto de PCH, ubicada en el tercer piso del PCH.³¹⁹ Para la fecha de los hechos, contaba con varios privilegios clínicos en el ejercicio de sus funciones.³²⁰ La ejecución de esos privilegios está sujeta a las órdenes médicas.³²¹

R Privilegios clínicos son las tareas que nosotras como enfermeras podemos realizar en el hospital.

P Okay. En el inciso 5, si tiene la bondad de leerlo para el Tribunal.

³¹⁷ TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1860, línea 24; 1861; 1862, líneas 1-11.

³¹⁸ Apéndice KLAN202000370, págs. 429-430.

³¹⁹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2057-2058, 2075.

³²⁰ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2060.

³²¹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2101.

R Realiza examen vaginal utilizando técnicas asépticas minimizando si hay rotura de membranas en pacientes con sangrado no lo realiza.

P ¿Qué significa eso de que no realiza cuando hay paciente con sangrado?

R Paciente que llega a sala de parto sangrando no estamos autorizadas a examinarla porque pueden [sic] haber varias consecuencias, como puede haber una placenta previa que uno no puede chequear paciente sangrando.³²²

R A menos que uno llame al médico y le diga que la pueda examinar.

P Okay. Y en el inciso número 8, por favor, si tiene la bondad de leérselo al Tribunal.

R Interpreta cambios significativos evidenciados en el monitor.

P ¿A qué monitor se refiere eso?

R El monitor fetal, lo que se le pone a toda paciente cuando llega a sala de parto.³²³

Explicó que un monitor fetal indica los latidos fetales y la densidad de las contracciones. Los resultados se documentan en el trazado.³²⁴ Apuntó que el pulso fetal es muy diferente al materno.³²⁵ De notar cualquier cambio en los latidos de un bebé, debe notificar al médico.³²⁶ En el caso de una paciente que haya dilatado y sangrado, la enfermera Rosa acotó: “Bueno, nosotros no la examinamos. Siempre se trata de buscar a un médico, ya sea en sala de emergencia o el médico que esté... el primer médico que vemos en el momento lo llamamos; y si no aparece nadie, pues esperamos que nazca el bebé”.³²⁷ Como enfermera graduada, si no hay ningún médico, la

³²² TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2061, líneas 8-24.

³²³ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2062, líneas 4-16.

³²⁴ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2062-2064.

³²⁵ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2067.

³²⁶ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2071.

³²⁷ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2075, líneas 5-9.

testigo tiene privilegios que le permiten realizar partos.³²⁸ Cuando se trata de una cesárea electiva, la enfermera Rosa indicó:

Ya cuando es una cesárea electiva, o puede ser que se prepare completamente en sala de parto; o si es una cesárea electiva que ya ha hecho pre-admisión, pues entonces lo que se le ubica... lo que le hace en sala de parto es que se le coloca el monitor, se le hace un pequeño record. Si está todo bien se deja como 20 a 25 minutos y uno baja la paciente al segundo piso que es sala de operaciones.

Si hay que prepararla completamente en sala de parto, pues allí se hace todo el record, se le pone suero, las muestras. Se prepara todo para que se baje al segundo piso a sala de operaciones.³²⁹

Para el 17 de noviembre de 2007, la testigo declaró que la señora Walton llegó a la sala de parto a las 11:17 de la mañana.³³⁰ La testigo no contradijo el informe del CDT, pues no recordó la instrucción allí consignada, pero afirmó, según lo estipulado por las partes, que desde que la cambiaron de camilla a la señora Walton y le pusieron las *correas* fue rápido.

P Okay. Doña Magalis, en este caso se alega que el médico del CDT que trajo a la paciente a sala de parto le indicó a usted que le pusiera las correas a la paciente. Le pregunto, ¿cuál es su... su recuerdo sobre eso?

R No me acuerdo. Pero nadie me tiene que decir que ponga la correa porque esa es la función, tan pronto veo... una paciente llega a sala de parto lo único... lo único que ellos ponen es un... lo primero que uno le pone es el monitor.³³¹

Acerca de la llegada de la ambulancia que transportó a la señora Walton hasta la sala de emergencia de PCH, la testigo declaró no conocer de lo allí ocurrido.

P Doña Magalis [*sic*], ¿cómo es que una paciente que llega por sala de emergencia con una situación de parto, no, obstétrica, puede acceder [*sic*] o llegar o dirigirse hacia la sala de parto?

³²⁸ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2114-2115.

³²⁹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2078, líneas 1-8, 12-15.

³³⁰ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2080.

³³¹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2093, líneas 20-24; 2094, líneas 1-6.

R Porque de sala de emergencia yo no sé cuáles son los trámites que hacen en sala de emergencia. Yo sé cu[á]ndo la paciente llega a sala de parto, que esa es mi función. El trayecto de sala de emergencia a sala de parto no... no tengo conocimiento.

P Usted no lo conoce. Okay. O sea, que lo cierto es, según su testimonio, que cualquier cosa que ocurra antes de que aprieten ese timbre del control de acceso a sala de parto usted lo desconoce.

R Exacto.³³²

Enunció que al momento no le entregaron documentos ni orden médica.³³³ La orden médica fechada para el 19 de noviembre de 2007, presenta una adición del día 17, suscrita por el doctor Ruiz Vale que dice: “Please admit patient rush”.³³⁴ Leyendo del expediente, según guiada por la representación legal de PCH, la enfermera Rosa expresó:

R [A] las 11:17 de la mañana llega paciente a sala de partos en camilla con paramédico del CDT de Dorado. Paciente refiere ser cesárea previa por dos. En el CDT de Dorado no le encontraron fetales al bebé. Es acostada y colocada en monitor fetal, lo cual se escuchan latidos maternos 142 por 20 minuto. Doctor Sánchez, quien se encontraba en el área, examina paciente, lo cual se encuentra “fully” [completamente dilatada].³³⁵

A las 11:17 que también fue la paciente viene con un “ringer” (fonética) bajándole y colocada en el... en Dorado en el antebrazo izquierdo. A las y diecinueve Miss Elianette Rodríguez le notificó al doctor Ruiz Vale condición de paciente. Los paramédicos no entregan documento alguno. Mi firma y la ini... y mi número de licencia.

Y a las 1:25 de la mañana paciente rompe membrana espontánea, líquido con meconio (fonética). Doctor Sánchez asiste al parto “rush” de emergencia, mi firma y la del número de licencia.³³⁶

³³² TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2111, líneas 13-17, 22-24; 2112, líneas 1-10.

³³³ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2095.

³³⁴ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2097-2098; Apéndice KLAN202000370, pág. 275.

³³⁵ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2081, líneas 14-21; 2085.

³³⁶ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2082, líneas 10-19.

A base del expediente médico, la declarante testificó que el parto era inminente, pero que no había roto fuente; también se indica que la señora Walton presentó sangrado vaginal, dolor y bajo vientre.³³⁷ Reiteró que su compañera, la enfermera Elianette Rodríguez Galarza, avisó al doctor Ruiz Vale a las 11:19 de la mañana, pero no le constaba si este contestó la llamada ni recordó alguna instrucción.³³⁸ El expediente refleja que Yariel Adrián nació a las 11:26 de la mañana.³³⁹ Sobre la intervención del doctor Sánchez, declaró: “Me imagino que cuando la paciente llegó estaría en el pasillo, o algo, y nos ayudó en la emergencia”.³⁴⁰

A las 11:31 de la mañana, la señora Walton expulsó de manera espontánea la placenta. Los signos vitales de la madre después del parto estaban normales.³⁴¹ Más adelante, se desprende del expediente lo siguiente:

Llega paciente “fully” divac (fonética) por dos, “rush”. Doctor Sánchez asiste paciente. Nace bebé, no tiene tono muscular, no respiración. Doctora Bonilla neonatóloga asiste con “CPR”, el cual no reacciona. Doctora Bonilla informa “stillbirth” [bebé que nace muerto]. Cuidado a la madre brindado, sangrado profuso. Y a la 1:15 paciente es bajada a sala de operaciones en camilla.³⁴²

Con relación a los latidos de la madre y los fetales, la enfermera Rosa testificó que solo captó el pulso materno en 140-142, no el de la criatura.³⁴³ “Lo que se escuchaba ahí era pulso materno”.³⁴⁴

P Okay. Y usted dice que no escuchó latido del bebé. Porque usted manifestó, a preguntas de la compañera, que es un latido bastante distinto al de la mamá.

R Sí.

P ¿Verdad que sí?

³³⁷ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2086-2087; 2089.

³³⁸ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2088; 2133-2134.

³³⁹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2091.

³⁴⁰ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2085, líneas 22-23.

³⁴¹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2092.

³⁴² TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2093, líneas 5-11, 16-19.

³⁴³ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2083-2084.

³⁴⁴ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2085, línea 1.

R (No verbaliza contestación)

P Okay. Entonces, si la pantalla dice 136 de latido fetal, y usted simultáneamente está escuchando y tomándole el pulso radial a la madre, y le da 142, lo cierto es que tenemos dos pulsos distintos. ¿Verdad que sí?

R Sí.³⁴⁵

P Okay. Y lo cierto es que el oxímetro, a diferencia de tomar el pulso radial, está marcando tanto la oxigenación como el pulso materno de una manera constante, tú sabes, para... ¿Verdad que sí?

R Sí.

P Okay. O sea, que para mantener el pulso y saber cuál es el pulso de la mamá por la vía radial, la enfermera o el personal que esté tomando el pulso, tiene que estar constantemente en el radio de la señora contando a ver los latidos, versus el oxímetro que lo hace mecánicamente constantemente. ¿Verdad que sí?

R Sí, pero el oxímetro es mayormente para la respiración.

P ¿Sí o no?

R Sí.³⁴⁶

La enfermera Rosa indicó que la medida del pulso puede variar de un momento a otro.³⁴⁷ Finalmente, sobre el traslado de emergencia de una paciente que requiera una cesárea, de la sala de parto en el tercer piso al segundo piso donde ubica la sala de operaciones, la testigo expresó que era rápido, segundos o minutos.³⁴⁸

(ii) Elianette Rodríguez Galarza

La enfermera graduada Rodríguez³⁴⁹ trabaja en el PCH desde el 2001 en la sala de parto.³⁵⁰ La enfermera Rodríguez testificó:

Bueno, yo vine a intervenir con ella ya en el momento del parto como tal. En el momento en que ella llegó, de verdad, en ese momento yo no... no recuerdo haber

³⁴⁵ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2126, líneas 1-16.

³⁴⁶ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2130, líneas 19-24; 2131, líneas 1-14.

³⁴⁷ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2143-2144.

³⁴⁸ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2141-2142.

³⁴⁹ Apéndice KLAN202000370, págs. 431-432.

³⁵⁰ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2147-2148.

estado presente. Pero ya en el momento del parto, como se requiere más asistencia, pues entonces ahí yo entro de lleno.³⁵¹

En este caso, la testigo declaró que, junto a la neonatóloga, estuvo casi una hora con Yariel Adrián.³⁵² Además, la testigo fue quien llamó al doctor Ruiz Vale. Conocía la información de la paciente y de la orden médica.³⁵³ “Bueno, probablemente me dijo que venía de camino”.³⁵⁴ Para la testigo, el doctor Ruiz Vale no se encontraba en el hospital.³⁵⁵ Aclaró también que las notas de enfermería se pueden llenar de forma simultánea al evento o posteriormente. Si bien aseguró que “[a]l momento en que se escribe la hora es el momento en que ocurre el evento”, acotó que, en su caso, no podía atender a una paciente y escribir a la vez.³⁵⁶ “Yo atiendo paciente primero y después me procedo [sic] a escribir”.³⁵⁷ Al cuestionársele si, entonces, no son simultáneas la atención a la paciente y la escritura de la nota, apostilló que “[l]os sucesos se escriben de acuerdo a cuando ocurren”.³⁵⁸

(iii) Dr. Fernando J. Montilla López

En la elaboración de su informe,³⁵⁹ el perito Montilla utilizó los “Guidelines for Prenatal Care” del Colegio de Obstetras y Ginecólogos, el programa “Up to date”, los informes periciales de las otras partes litigantes, así como los expedientes médicos provistos: OMME, CDT, PCH.³⁶⁰ Luego de resumir las instrucciones que el doctor Ruiz Vale le indicó a la señora Walton, el perito de PCH aseveró que se debe acudir

³⁵¹ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2154, líneas 6-10.

³⁵² TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2155.

³⁵³ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2158-2159. Apéndice KLAN202000370, pág. 275.

³⁵⁴ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2152, línea 3; 2167.

³⁵⁵ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2168.

³⁵⁶ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2162; 2164, líneas 12-13; 2166.

³⁵⁷ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2166, líneas 9-10.

³⁵⁸ TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2166-2167.

³⁵⁹ Véase, Apéndice KLAN202000370, págs. 433-437; 438-448.

³⁶⁰ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2221-2223.

inmediatamente a un hospital, cuando un embarazo a término presenta sangrado, ya que puede deberse a una placenta previa o a un desprendimiento de placenta.³⁶¹ “[E]se ‘baby’ está en peligro de muerte”.³⁶² Opinó como “correctísimo” el proceder de los paramédicos de llevar a estabilizar a la señora Walton, ya que estos no están capacitados para identificar tales condiciones.³⁶³

Si la placenta se despega se muere el “baby”. Olvídense, no hay salvación posible. Se despega la placenta se muere el “baby”. Se puede morir la mamá también, porque del sitio donde se despega la placenta sigue sangrando. Acuérdense que la circulación de la pla... de la matriz y la placenta depende de unas vellosidades que salen de la placenta y atraviesan las fibras musculares de la matriz. Esas... esos vasos nunca se comunican con la mamá.³⁶⁴

Al presentar la situación en que los paramédicos encontraron a la señora Walton, hipotensa, fría, pálida, sudorosa y con sangrado, el doctor Montilla aseveró:³⁶⁵

R Que había que salir corriendo con ella para el hospital. Puede haber habido un ginecólogo, el mejor ginecólogo del mundo en el dispensario, que no iba a poder hacer nada porque no podía hacer la cesárea. Tenía todos los conocimientos, tenía todo lo que sabía hacer, pero si no tiene las facilidades no puede hacer una cesárea. Así es que había que tener a ese señor (fonética) en el hospital. No podía ser en ningún otro sitio. Este “baby” tenía que ir directo de aquí, de casa de doña Telesia directamente, dibujar así en línea recta así hasta el Presbiteriano; o en su defecto, que está también en las instrucciones directas de tratamiento de esto al hospital más cercano. Cualquier hospital que pudiera hacer una cesárea. Y hubiese... hubiésemos tenido que darle una medalla a ese señor por llevarla allí.³⁶⁶

P Usted fue bien enfático en que los paramédicos debieron haber llevado inmediatamente a doña Telesia, una vez la recogieron, al hospital Ashford.

R Sin lugar a dudas.

³⁶¹ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2225-2228.

³⁶² TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2227, líneas 16-17.

³⁶³ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2302-2303.

³⁶⁴ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2229, líneas 4-12.

³⁶⁵ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2230-2231.

³⁶⁶ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2231, líneas 14-24; 2232, líneas 1-4.

P Según la orden médica.

R Eso es así.

P Y en su defecto, a un hospital más cercano, si entendieran que el hospital Ashford quedaba muy lejos a un hospital más cercano, pero que ese hospital tuviera la capacidad de hacer una cesárea. ¿Verdad que sí?

R Correcto.

P Okay. Le pregunto entonces, ¿si se hubiera tomado esa determinación se pudiera haber entonces podido practicar la cesárea si se encontrara que el bebé todavía no estaba dentro de las espina [sic] y estuviera...

R No, no, no, no. Que no estuviera para salir.

P Por eso.

R Que... que... que se contara con por lo menos media hora antes de llegar a eso.³⁶⁷

Cuando la señora Walton había dilatado cinco centímetros a eso de las 10:25 de la mañana en el CDT, el perito dijo que a él le hubiera dado tiempo de practicar dos cesáreas.³⁶⁸ Según la opinión del perito Montilla, cuando la señora Walton arribó a la sala de parto, las enfermeras obraron correctamente, pues ante la no disponibilidad inmediata del doctor Ruiz Vale y la inminencia del parto, procuraron por el doctor Sánchez.³⁶⁹ “Ninguna cesárea es más rápida que eso”.³⁷⁰ Opinó que, en el estado del trabajo de parto, practicarle una cesárea hubiera sido “mal practice” y que la actuación del doctor Sánchez fue “correctísima”; otra cosa hubiera estado “loco”.³⁷¹ “En el Presbiteriano ya el ‘baby’ no había otra ruta” De realizarle una cesárea, estarían tratando de matarla.³⁷² En cuanto a la actuación del personal de enfermería acotó que había “que darle una medalla a esa gente”.³⁷³

³⁶⁷ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2273, líneas 15-24; 2274, líneas 1-19.

³⁶⁸ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2283.

³⁶⁹ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2232-2233.

³⁷⁰ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2233, líneas 18-19.

³⁷¹ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2236-2238.

³⁷² TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2245.

³⁷³ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2240, líneas 12 y 20.

Dijo que no había órdenes médicas que seguir, más allá de la cesárea programada para el día 19, cuando todo era “miel sobre hojuelas”.³⁷⁴ El perito Montilla aclaró que la orden de admisión era para la sala de partos, no de operaciones.³⁷⁵ Claro está, la orden médica consignaba que, de surgir una situación imprevista, se dirigiera al PCH a practicarle la cesárea.³⁷⁶

Según la opinión del perito, la criatura había muerto mucho antes, pero las enfermeras, a pesar de no encontrar sus latidos, asumieron que continuaba con vida.³⁷⁷ El doctor Montilla estimó que Yariel Adrián murió una hora antes de llegar a PCH, pero no lo puede probar.³⁷⁸ Sí afirmó que la criatura nació “limb” o “mongo por completo”, no estaba rígido, lo que requiere horas.³⁷⁹ En cuanto a la observación del doctor Ruiz Ríos del latido de la criatura en 136, el perito aseveró: “El doctor Juan Ríos no puede hacer observación ninguna porque los... ¿Los 136 podía ser del “baby”? Sí. ¿Podía ser de la mamá? Sí. Pero usted tiene que estar allí y ver todo lo demás que hay. Usted no puede coger y mirar... mira, el ‘baby’ está vivo”.³⁸⁰

De otra parte, establecido que la hora de llegada de la ambulancia al PCH fue a las 10:59 de la mañana y la primera nota de las enfermeras se remonta a las 11:17 de la mañana, desfiló el siguiente interrogatorio:

- P Doctor, y lo cierto es que la ambulancia llegó al hospital a Ashford a las 10:59.
- R Correcto.
- P Y fue admitida en sala de partos a las 11:17.
- R Correcto.

³⁷⁴ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2246-2247.

³⁷⁵ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2252.

³⁷⁶ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2255.

³⁷⁷ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2241.

³⁷⁸ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2242; 2275.

³⁷⁹ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2294, línea 19; 2295-2296.

³⁸⁰ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2244, líneas 13-17.

P ¿Verdad que sí?

R (No verbaliza contestación)

P Okay. Y lo cierto es que se desconoce qué ocurrió durante esos 18 minutos entre las 10:59 a las 11:17.

R Porque a las 10:59 llegó al hospital.

P Al hospital. Correcto.

R Y a esa hora llegó a sala de partos, porque ahí es que empieza el juego. Hasta que no llegue ahí...

P No...

R ... no hay juego.

P Okay. Y el juego a que usted hace referencia es en cuanto a activamente el personal del hospital atender la emergencia y la situación.

R Correcto. Evaluarla...

P Evaluarla y atenderla. ¿Verdad que sí?

R Correcto.

P Pero lo cierto es que no sabemos qué gestión, o qué evaluación, o qué actuación, si alguna, hubo entre las 10:59 hasta las 11:17.

R Ninguna.

P Claro. Pero fíjese la pregunta mía. Mientras la están transitando y preparando, o documentando, lo que sea que estuviera haciendo el personal, si algo, del hospital, lo cierto es que dentro de esos 18 minutos no sabemos en qué dilatación se encuentra doña Telesia, ni en qué posición se encuentra el bebé.

R Eso es correcto.³⁸¹

Reiteró que en ese periodo no se debía realizar una cesárea.³⁸²

D. Discusión de los errores señalados

(i)

En el primer señalamiento, PCH imputa error al foro de primera instancia al no conceder el *non suit*, según regulado por la Regla 39.2

³⁸¹ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2287, líneas 10-24; 2288; 2289, líneas 1-4; 2291, líneas 11-19.

³⁸² TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2292-2293.

de Procedimiento Civil, *supra*. Tal como esbozáramos, la concesión de este tipo de solicitud implica que la parte demandante no logró presentar una *scintilla* de evidencia en apoyo a su reclamación. En su determinación para decretar con o sin lugar la moción, el foro intimado tiene amplia discreción. Como se sabe también, con la mera solicitud de una moción de *non suit*, el demandado no renuncia a presentar su prueba. No obstante, si luego de la denegación, el demandado opta por ofrecer su prueba y la misma suple cualquier deficiencia de la prueba presentada por el demandante, entonces, renuncia a elevar el alegado error a nivel apelativo.

En este caso, surge de la transcripción de la prueba oral que el apelante solicitó una moción *non suit*.³⁸³ En el ejercicio de su discreción, el juzgador determinó denegar la petición y rechazó la alegada ausencia de prueba.³⁸⁴ PCH eligió continuar con la presentación de la evidencia.

Conforme las alegaciones en contra de PCH, la demora en atender la emergencia de la señora Walton fue un asunto puntual. Sin embargo, la argumentación de la representación legal de PCH en apoyo a la moción descansó en una versión de los hechos acomodaticia, ya que se adhirió a los hechos y a la línea de tiempo en la sala de parto, a partir de las 11:17 de la mañana, pero omitió el periodo entre el arribo de la ambulancia a PCH a las 10:59 de la mañana hasta el momento en que la señora Walton fue finalmente atendida por las enfermeras Rosa y Rodríguez y, luego, por el doctor Jorge Sánchez Castro en la sala de parto.

Dicha omisión en la línea de tiempo fue zanjada por el representante legal de la parte apelada en su turno de

³⁸³ El pedimento de PCH se dilucidó en corte abierta; véase, TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1323-1337. La representación legal de los apelados expuso su oposición en la misma ocasión, TPO 10 de julio de 2010, págs. 1337-1345.

³⁸⁴ TPO 10 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1387-1389.

argumentación, quien lo expresó de esta manera: “[L]a compañera hace alusión a que fue admitida a sala de parto a las 11:17, y que 9 minutos más tarde pues ella dio a luz. Ese dato es correcto. Pero lo que no menciona la compañera es que surgió de la prueba, tanto documental como testifical, que la ambulancia llegó al hospital Ashford a las 10:59 de la mañana. Y que allí estuvo Eddie junto con el doctor Ruiz Ríos y el paramédico, “y al llegar a... en lo que los atendieron transcurrieron cerca de 18 minutos”.³⁸⁵ Fue después de ese transcurso de tiempo que se comenzó el monitoreo fetal y el aviso al doctor Ruiz Vale, tal como reza del expediente médico de PCH.

Por consiguiente, si bien entendemos que PCH renunció a presentar este error en apelación al optar por ofrecer evidencia que suplió los defectos de la prueba de la parte apelada, de todas maneras, es forzoso concluir que no se presentaron las circunstancias de insuficiencia de la prueba, según alegado en la solicitud. Colegimos que el foro de primera instancia no cometió el error imputado. Por el contrario, del análisis del proceso judicial, es evidente que el juzgador de hechos no acogió la alegada ausencia de prueba porque, en efecto, desfiló prueba suficiente para que la parte apelada prevaleciera en su reclamación, como se discutirá más adelante.

(ii)

En los errores del segundo al décimo, los cuales discutiremos en conjunto, PCH impugna ciertas determinaciones de hechos del foro primario; a saber: (1) imputar a PCH haber incurrido en una *excesiva demora* (segundo error); (2) decir que debió llevarse a la señora Walton a la sala de operaciones para realizarle una cesárea, en lugar de a la sala de parto para un alumbramiento natural (tercer

³⁸⁵ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2187.

y sexto error); (3) consignar que hubo desaceleraciones en el trazado del 17 de noviembre de 2007 (cuarto error); (4) afirmar que se requería un sonograma para determinar que la perjudicada tuvo un desprendimiento de placenta, así como que, de esta haber presentado esa condición, surgió después del parto y no se hubiese necesitado “romper la fuente” (quinto, séptimo y octavo error); (5) no entender que la causa de la muerte fetal se debió al *abruptio placentae* y *Couvelaire uterus* (noveno error); e (6) indicar que la histerectomía practicada a la señora Walton pudo evitarse (décimo error).

Es importante mencionar que, al evaluar la causa ante sí, el juzgador debe tomar en consideración la Regla 110 de Evidencia, la cual recoge los principios fundamentales que rigen el derecho probatorio puertorriqueño.³⁸⁶ Conforme a ello, el juzgador de los hechos deberá evaluar la prueba presentada para determinar cuáles hechos quedaron establecidos o probados.³⁸⁷ En su parte pertinente, la norma establece que:

(c) Para establecer un hecho, no se exige aquel grado de prueba que, excluyendo posibilidad de error, produzca absoluta certeza.

(d) La evidencia directa de una persona testigo que merezca entero crédito es prueba suficiente de cualquier hecho, salvo que otra cosa se disponga por ley.

(f) En los casos civiles, la decisión de la juzgadora o del juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba a base de criterios de probabilidad, a menos que exista disposición, al contrario. En los casos criminales, la culpabilidad de la persona acusada debe ser establecida más allá de duda razonable.

(h) Cualquier hecho en controversia es susceptible de ser demostrado mediante evidencia directa o mediante evidencia indirecta o circunstancial. Evidencia directa es aquella que prueba el hecho en controversia sin que medie inferencia o presunción alguna y que, de ser cierta, demuestra el hecho de modo concluyente. Evidencia indirecta o circunstancial es aquella que tiende a

³⁸⁶ 32 LPRA Ap. VI, R. 110.

³⁸⁷ *Íd.*

demostrar el hecho en controversia probando otro distinto, del cual por si o, en unión a otros hechos ya establecidos, puede razonablemente inferirse el hecho en controversia.³⁸⁸

En la presente causa, entendemos que PCH debe responder por la responsabilidad vicaria debido a la falta de diligencia de su personal. En particular, por la demora inexplicable en la atención de la señora Walton al llegar a la institución hospitalaria y la omisión de llamar inmediatamente al doctor Ruiz Vale, de manera que este pudiera atender la emergencia, según su mejor criterio y de acuerdo con su conocimiento sobre el historial médico de la paciente.

Se sabe que las partes estipularon que la señora Walton fue admitida a la sala de partos del PCH a las 11:17 de la mañana. Conforme la prueba documental, la ambulancia arribó al PCH a las 10:59 de la mañana. La ambulancia llegó por el área de emergencia, donde no surge que haya habido una transferencia de la paciente del doctor Ruiz Ríos al doctor Ruiz Vale. A su vez, las enfermeras de sala de parto ignoraban los trámites en la sala de emergencia, por lo que se desconoce qué gestión, evaluación, actuación, si alguna, hubo entre las 10:59 hasta las 11:17. En fin, transcurrieron 18 minutos entre el arribo y el comienzo de la evaluación inicial a la señora Walton y a la criatura en su vientre. Nótese que esta hora se toma por cierta, según el expediente de PCH, aunque la propia enfermera Rodríguez declaró que la labor de atender a la paciente y la de escribir en el expediente son sucesivas, no simultáneas, por lo que puede haber discrepancias entre el tiempo real del evento y su registro.

Asimismo, en las notas de progreso consignadas por el doctor Ruiz Ríos, este acotó que “[l]uego de llegar al Ashford, ningún médico recibió al paciente durante aproximadamente 30 minutos”.³⁸⁹ Sobre

³⁸⁸ 32 LPRA Ap. VI, R. 110.

³⁸⁹ Apéndice KLAN202000370, pág. 422.

ese tiempo trascendental, entre la llegada de la ambulancia al traslado de la señora Walton a la sala de partos, el propio perito Montilla estuvo de acuerdo con que se ignoraba en qué dilatación se encontraba la señora Walton ni en qué posición se encontraba el bebé.³⁹⁰ Súmese, que la perjudicada ya había sido admitida previamente por teléfono y se había dado aviso de la emergencia, pero no se llamó inmediatamente al obstetra Ruiz Vale. Por ende, no puede expresarse categóricamente la imposibilidad de realizar una cesárea. No es hasta las 11:17 de la mañana que las enfermeras le colocan un monitor fetal y la entrevistan para cumplimentar el expediente médico. Luego de un par de minutos, a las 11:19 de la mañana, llaman al doctor Ruiz Vale.

Según se ha reseñado, el doctor Sánchez atendió el parto de la señora Walton. El galeno optó por el parto vaginal, debido a la dilatación cervical y a que la cabeza de la criatura estaba en estación +2. El parto culminó a las 11:26 de la mañana con el alumbramiento de un natimuerto, cuyo APGAR arrojó cero.³⁹¹

Luego del análisis de los eventos anteriores, opinamos que la contención de PCH sobre la atribución de *demora excesiva* que adjudicó el foro de primera instancia es inmeritoria. PCH tenía que haber estado preparado para recibir a la paciente de manera diligente y sin pérdida de tiempo. Decididamente, hubo una demora injustificable, la cual fue determinante en este caso por tratarse de un momento crítico en el proceso de parto de la señora Walton, con las trágicas consecuencias fatales ya conocidas.

PCH niega la existencia de pulso fetal. Ello a pesar que el doctor Ruiz Ríos consignó en el expediente del CDT de Dorado: “Durante ese

³⁹⁰ Consignó el doctor Ruiz Ríos que la paciente le indicó que se le iba a realizar una cesárea “porque el bebé no estaba en la posición correcta”. Apéndice KLAN202000370, pág. 422.

³⁹¹ Apéndice KLAN202000370, pág. 238.

tiempo este doctor pidió a la enfermera a cargo que conectara el monitor fetal que mostró una frecuencia cardiaca fetal de 136 latidos/min que es completamente normal”.³⁹² Pero más importante es que el foro sentenciador adjudicó entera credibilidad a las declaraciones de la señora Walton, quien afirmó que sintió a su bebé moverse en el vientre, por lo que debemos considerar como un hecho probado que Yariel Adrián se encontraba con vida minutos antes del alumbramiento. De otro lado y a modo de ejemplo, el personal de enfermería de PCH no tuvo la previsión de colocar un oxímetro, un dispositivo que también registra las pulsaciones, útil para medir los latidos de la señora Walton y así poder compararlos y diferenciarlos con los mostrados en el monitor fetal.

Yariel Adrián estaba vivo el día de la consulta, allá para el 16 de noviembre de 2007.³⁹³ A lo largo del juicio, los peritos de las partes nunca coincidieron en el momento de la muerte de Yariel Adrián. El periodo varió entre minutos a horas. Reiteramos que la presentación de teorías carentes de prueba fehaciente frente al testimonio contundente de la madre sobre las últimas señales de vida de la criatura reafirma la adjudicación de credibilidad que el foro sentenciador confirió a la señora Walton. El propio perito de PCH expresó que el bebé no estaba rígido al nacer, lo que requiere tiempo.

En fin, la opinión pericial de un desprendimiento de placenta masivo ocurrido previo al alumbramiento, y que costó la vida de la criatura desde mucho antes que la señora Walton arribara al PCH o al CDT, no pasó de ser una teoría. Tales aseveraciones no se probaron, más allá de meras generalizaciones. Además, según el perito Montilla, puede haber instancias en que el neonato sobreviva, aun presentándose un *abruptio placentae*. Lo crucial, según el

³⁹² Apéndice KLAN202000370, pág. 422.

³⁹³ Apéndice KLAN202000370, pág. 233.

experto, era que la paciente estuviera en un hospital que actuara con premura y realizara una cesárea. El galeno afirmó que la única oportunidad de salvar a Yariel Adrián era “llegar inmediatamente a un hospital capaz de hacer una cesárea”.³⁹⁴

De otra parte, en este caso, sí desfiló evidencia de que, en su casa, la señora Walton se subió por sí misma a la camilla, su estabilización en el CDT únicamente requirió de oxígeno, un suero, Bretin y Vistarín. Por igual, la señora Walton, quien apenas tenía 26 años al momento de los hechos, tampoco respondía al perfil de las pacientes que sufren masivamente un *abruptio placentae*, el cual suele ocurrir en mujeres fumadoras o usuarias de drogas y mayores de 35 años. Así pues, el Municipio es responsable por el retraso al transportar a la señora Walton al PCH; y PCH, por no proceder con la urgencia requerida conforme la emergencia.

Según la prueba evaluada, lo cierto es que la señora Walton presentó un sangrado profuso después del parto, en el que se evidenció la pérdida de unos 750 mililitros de sangre,³⁹⁵ lo que conllevó una operación de emergencia.³⁹⁶ El niño nació muerto a las 11:26 de la mañana y la madre fue trasladada a la sala de operaciones a la 1:15 de la tarde: esto es, casi dos horas después del alumbramiento.³⁹⁷ Por ello, el perito Andújar coligió y el foro sentenciador acogió que la emergencia del desprendimiento de placenta masivo aconteció una vez culminó el alumbramiento, no antes. Recuérdese que la madre sintió los movimientos del bebé e

³⁹⁴ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2227, líneas 4-5; 242, líneas 4-13; 2243, líneas 2-4; 2294, líneas 9-24; 2295; 2296, líneas 1-17.

³⁹⁵ Apéndice KLAN202000370, pág. 236.

³⁹⁶ El diagnóstico postoperatorio fue *abruptio placentae* y *Couvellaire uterus*. Apéndice KLAN202000370, pág. 254.

³⁹⁷ La señora Walton suscribió el consentimiento informado a la 1:00 de la tarde; y le suministraron anestesia, a partir de la 1:25 de la tarde. Apéndice KLAN202000370, págs. 239 y 243.

incluso los describió como fuertes. En ausencia de evidencia en contrario, estaríamos navegando sobre especulaciones.

Relacionado con lo anterior, en cuanto a la alegada falta de pertinencia de un sonograma, el doctor Montilla declaró sobre la eficacia de este instrumento. “Ese señor [refiriéndose al doctor Ruiz Ríos] no sabía si esa señora tenía una placenta previa porque no tenía el récord detallado. Él no tenía un sonograma de ella, así es que tenía que asumir que tenía una placenta previa. Que la placenta previa es más común que un *abruptio placentae*”.³⁹⁸ El foro *a quo* no tenía que descartar la conveniencia de un sonograma para el diagnóstico de cualquiera de ambos eventos, unido a la evaluación clínica y análisis de laboratorio. Por otro lado, la prueba sobre en qué momento la señora Walton rompió fuente fue contradictoria. Mientras que el paramédico anotó en su informe que “estaba rompiendo fuente”; la enfermera Rosa dijo que no había roto fuente.³⁹⁹

Los hechos del caso demuestran que, desde la llamada a emergencias, continuando por el CDT de Dorado y, luego, en el PCH, se conocía que la señora Walton debía ser sometida a una cesárea y que enfrentaba una emergencia. Al llegar la ambulancia al PCH transcurrió un tiempo sustancial, previo a que la trasladaran a la sala de parto. Ese tiempo perdido fue crucial porque no se evaluó a la paciente ni a la criatura, no se siguió la orden médica sobre que se dirigiera al PCH a practicarle la cesárea, no se llamó al médico de la madre, no hubo una transferencia adecuada de la paciente. Simplemente se determinó el traslado a la sala de parto. Tal decisión no la tomó el médico de la señora Walton.

³⁹⁸ TPO 13 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2301, líneas 23-24; 2302, líneas 1-3.

³⁹⁹ Véase, Apéndice KLAN202000370, pág. 426. TPO 12 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, pág. 2087, líneas 12-13.

Una vez allí surgió del expediente del CDT de Dorado que el doctor Ruiz Ríos les indicó a las enfermeras que le pusieran las *correas* e identificó el latido fetal de 136, mientras que el de la señora Walton era de 142. El perito Andújar opinó que se trataba de dos latidos diferentes. Durante el juicio, hubo dificultad visual de ver el trazado por la mala calidad de la copia. Sin embargo, el tribunal primario pudo revisar el expediente original del PCH, en particular, el trazado tomado en la sala de parto, el cual mostraba con mayor claridad un trazado y una sombra.⁴⁰⁰ En este monitoreo, es el trazado durante unos minutos el que puede mostrar las desaceleraciones.

Posteriormente, el proceso de parto natural llevado a cabo dentro de los minutos siguientes produjo un natimuerto, al que no se le pudo revivir, a pesar de los esfuerzos de casi una hora. Conforme los hechos establecidos, mientras la perjudicada estaba lidiando con la devastadora noticia de la muerte de su hijo, advirtieron el profuso sangrado, por el que tuvo que ser admitida por el doctor Ruiz Vale para una histerectomía de emergencia. Esta vez la sala de operaciones en el segundo nivel sí estaba lista. Posiblemente lo estuvo para la cesárea electiva, pero las enfermeras no llamaron con premura y el doctor Ruiz Vale llegó cuando la paciente ya había dado a luz. A sus 26 años, la perjudicada no volvería a tener hijos. Estuvo hospitalizada hasta el día 22 siguiente. Salió del cuidado médico prematuramente porque quería asistir al sepelio de Yariel Adrián.⁴⁰¹

La lamentable cadena de eventos al no atender con suficiente urgencia a la señora Walton repercutió en que ni siquiera se pudo contemplar la posibilidad de poder practicarle una cesárea, tal cual lo planificado. La falta de premura al tenor de las circunstancias,

⁴⁰⁰ Refiérase, TPO 11 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 1942-1945; TPO 15 de julio de 2017, Apéndice KLAN202000370, págs. 2187-2211; 2217-2218; 2313-2314.

⁴⁰¹ Apéndice KLAN202000370, pág. 426.

tanto en la atención de la perjudicada antes y después del parto, con mayor probabilidad repercutió en la fatalidad de la criatura y la necesidad de practicar una histerectomía de urgencia.

(iii)

En el undécimo y último señalamiento de error, PCH riposta que el foro de primera instancia dio mayor peso al perito de la parte apelada. Sin embargo, como señalamos antes, el apelante no sometió la TPO de la mañana del 15 de junio de 2017, ocasión en que el doctor Andújar, perito de la parte apelada, culminaba su testimonio experto en el turno directo, cuando debió exponer sus conclusiones; y comenzaba el turno de conainterrogatorio a cargo de la representación legal del Municipio. La omisión se agrava porque PCH tampoco unió al Apéndice el currículum ni el informe del perito Andújar. A diferencia de esta curia, el juzgador de hechos tuvo ante sí la totalidad de la prueba pericial de la parte apelada. Ciertamente, el apelante no nos colocó en posición para que ejerzamos nuestro criterio independiente al aquilatar la prueba pericial en etapa apelativa.

En este caso, además, el perito Andújar pasó por el proceso de un extenso *voir dire* y fue debidamente calificado por el Tribunal como médico de familia con adiestramiento y conocimiento en el área gineco-obstétrica. Una vez se determinó su calificación, su testimonio experto es admisible. Lo importante es que el conocimiento científico del testigo perito sirva de ayuda al juzgador de hechos en la búsqueda de la verdad. Debe recordarse que la jurisprudencia ha sostenido que los tribunales pueden tener su propio criterio al evaluar la prueba pericial e incluso descartarla, aunque resulte técnicamente correcta. A base de lo anterior, colegimos que el planteamiento de PCH es inmeritorio.

Para concluir, debemos tener presente que la aplicación del estándar de prueba de relación causal entre la omisión negligente y el daño no implica una excesiva rigidez que impida probar una reclamación válida por responsabilidad vicaria en la deficiente atención hospitalaria ni una laxitud que abra las puertas a la especulación o la conjetura.⁴⁰² Con relación a la presente causa, estamos convencidos que el foro de primera instancia justipreció adecuadamente la prueba testifical, pericial y documental desfilada ante sí. En ese análisis, adjudicó un 25% de responsabilidad a PCH por los daños sufridos por la señora Walton y el señor Montañez. Un 75% de responsabilidad civil se adjudicó al Municipio. PCH no demostró que, al ponderar la evidencia, el tribunal *a quo* actuara con prejuicio, pasión, parcialidad, o error manifiesto.

Consecuentemente, sostenemos la deferencia al juzgador de hechos y no intervendremos con la decisión del foro apelado. Incluso, somos de la opinión que, aun cuando alguna de los enunciados fácticos impugnados no gozara de precisión pericial, ninguno es suficiente para revertir la determinación judicial, la cual se asienta en una evaluación integral de toda la evidencia y no de señalamientos aislados.

V.

Por los fundamentos expuestos, confirmamos la *Sentencia* apelada.

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

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

⁴⁰² *Pérez Cruz v. Hosp. La Concepción*, 115 DPR 121 (1984), que cita a *López v. Hosp. Presbiteriano, Inc.*, 107 DPR 197, 223 (1978).