

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL VIII

JOSE PAGAÁN
CARTAGENA, MARÍA L.
LÓPEZ SANTOS Y LA
SOCIEDAD LEGAL DE
GANANCIALES
COMPUESTA POR
AMBOS.

Apelante

v.

FIRST HOSPITAL
PANAMERICANO, INC.;
BHC SAN JUAN
CAPESTRANO, INC.; Y
OTROS

Apelada

KLAN202100526

APELACIÓN
procedente del
Tribunal de
Primera Instancia,
Sala Superior de
Caguas

Civil Núm.:
E PE2010-0221

Sobre: Despido
injustificado;
violación a Ley de
compensación por
accidentes del
trabajo y daños y
perjuicios.

Panel integrado por su presidenta la Jueza Domínguez Irizarry, el Juez Rodríguez Flores¹ y la Jueza Álvarez Esnard.

Álvarez Esnard, jueza ponente.

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 11 de febrero de 2022.

Comparece ante nos José Pagán Cartagena, (“señor Pagán” o “Apelante”), su esposa María López Santos y la sociedad legal de gananciales compuesta por ambos, mediante recurso de *Apelación*, presentado el 13 de julio de 2021, a los fines de solicitar que revoquemos la *Sentencia* emitida y notificada el 1 de febrero de 2021, por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Caguas. Por virtud de la misma, el foro *a quo* declaró No Ha Lugar la *Demanda* incoada por la parte Apelante.

Por los fundamentos expuestos a continuación,

CONFIRMAMOS el dictamen apelado.

¹ Mediante Orden Administrativa OATA-2022-002 se designa al Hon. Fernando Rodríguez Flores en sustitución del Hon. Héctor J. Vázquez Santisteban, ya que se acogió a los beneficios del retiro.

I.

El 18 de junio de 2010, José Pagán Cartagena; su esposa María López Santos y la sociedad legal de gananciales compuesta por ambos, instaron *Demanda* sobre represalias, despido injustificado, violación a la Ley de Compensación por Accidentes del Trabajo y daños y perjuicios en contra, entre otros, de First Hospital Panamericano Inc. (“Panamericano”). Conforme a las alegaciones instadas en la *Demanda*, el señor Pagán fue empleado del Panamericano desde el año 1989 hasta el año 2009, desempeñándose como técnico de salud mental en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En lo que respecta a la controversia trabada ante nuestra consideración, el 25 de abril de 2009, una paciente del Panamericano cometió suicidio durante el turno de trabajo del Apelante. En anticipación de una potencial demanda de daños por parte los familiares de la paciente, los abogados del Panamericano se reunieron con el señor Pagán para que les narrara lo acontecido durante su turno de trabajo. A esos efectos, la parte Apelante alegó que, en la aludida reunión, el señor Pagán expresó que de ser llamado como testigo declararía sobre en qué consistió la negligencia del Panamericano con relación al suicidio de la paciente Lisandra Villalongo. Lo anterior, particularmente a consecuencia de la falta de personal suficiente para atender las necesidades de los pacientes y cumplir con las rondas de observación, además de ciertos asuntos,² los cuales había presentado a la atención de la gerencia del Panamericano previamente.

² Ver Apéndice (Ap.) 1 del recurso de *Apelación*, págs. 5-7.

Posteriormente, el señor Pagán acudió al Fondo de Seguro de Estado por el estado emocional en que se encontraba debido a la muerte de la paciente. Cónsono con lo anterior, el 15 de junio de 2009 se determinó que el señor Pagán continuaría recibiendo el tratamiento médico, al mismo tiempo en que continuó trabajando... Luego de reportarse nuevamente al trabajo y estando aún bajo tratamiento médico, fue despedido mediante misiva recibida el 23 de junio de 2009. Por consiguiente, adujo que fue despedido en represalia, debido a la reunión celebrada previamente con los abogados del Panamericano. En respuesta a la *Demanda* incoada, el 30 de julio de 2010, el Panamericano presentó *Contestación a Demanda*.

Tras varios incidentes procesales, el 30 de abril de 2018, las partes en el caso de epígrafe presentaron documento intitulado *Informe de conferencia con antelación al juicio*, mediante el cual estipularon los siguientes hechos:

1. El First Hospital Panamericano (FHP) es una institución médico-hospitalaria, fundada en el año 1987, en Cidra Puerto Rico, que ofrece tratamiento especializado para pacientes con desordenes [sic] y/o enfermedades mentales.
2. FHP mantiene tres turnos de trabajo 7:00 am a 3:00 pm; 3:00 pm a 11:00 pm y 11:00 pm a 7:00 am.
3. De ordinario los turnos que tienen lugar durante el día poseen más empleados pues los pacientes están despiertos y recibiendo tratamiento.
4. José Pagán Cartagena (Pagán) está casado con Maria [sic] Lopez [sic], nació el 5 de octubre del 1964 y reside en Cidra.
5. Pagán posee un Bachillerato en Psicología de la UPR-Cayey, el cual competo [sic] en el 1988 y en el 2007 completó estudios de Maestría de la Universidad del Turabo-Caguas, aunque no revalidó.
6. En el año 1989, Pagán comenzó como empleado a tiempo completo en el FHP en la posición de Técnico de Salud Mental (TSM). Dicha plaza fue la ocupada por Pagán hasta la fecha de su despido.
7. Pagán recibió el Manual de Empleados del FHP.
8. El último salario de Pagán fue de \$27,310.40 anual.

9. Para el 2009 FHP tenía el siguiente personal administrativo:
 - a. Marta Rivera - Directora Ejecutiva y CEO
 - b. Tania Rivera - Administradora
 - c. Dr. Ramon [sic] - Parrilla Director Médico
 - d. Sa. [sic] Shirle - Ayala Directora de Recursos Humanos
 - e. Sa. [sic] Rebecca Plaza, - Directora de Manejo y Riesgo
 - f. Sa. [sic] Judith Lugo - Directora de Enfermería
 - g. Sa. [sic] Maria [sic] León - Supervisora General de Enfermería
 - h. Dra. Aidaliris Santiago Psiquiatra Unidad Intensivo
 - i. Ing. Alex Gonzalez [sic] Ingeniero de Planta Física
10. Como TSM, Pagán entre otras funciones: atendía, velaba y cuidaba los pacientes del FHP y era un componente principal en el tratamiento de los pacientes. Además, era responsable del proceso de observación de conducta del paciente durante el tratamiento.
11. Pagán siempre estuvo asignado a la *Unidad de Cuidado Intensivo* del FHP.
12. Las funciones y responsabilidades primarias del TSM, es decir lo que se hacía rutinariamente aparecen el documento "*Descripción del Puesto/Evaluación Anual de Ejecución*".
13. Los pacientes admitidos al FHP, se clasifican en diversos niveles de observación conforme las normas de la empresa.
14. El nivel de observación 1-LV "línea de visión" implica que el paciente está en un área específica donde el TSM puede llegar a verlo. Es decir, el TSM debe saber dónde está el paciente clasificado en el nivel 1-LV.
15. El nivel de observación 1-LV requiere vigilancia del paciente, mediante rondas de observación cada 15 minutos o menos.
16. El médico que admite el paciente es quien determina el nivel de observación. El médico que atiende pacientes en el FHP es un médico generalista.
17. Las rondas de observación se documentan por el TSM en el formulario de observación del paciente "activity log".
18. El TSM coloca sus iniciales al lado de cada anotación realizada en el formulario de observación del paciente "activity log".
19. El nivel de observación 1-CL implica que el TSM debe estar en todo momento al lado del paciente.
20. Estos niveles de observación esencialmente permanecieron inalterados durante los 20 años en los que Pagán trabajo [sic] en el FHP.
21. La supervisora de turno es la empleada de mayor jerarquía en el turno de 11:00 pm a 7:00 am.
22. Como TSM Pagán tenía turnos rotativos.

23. La Unidad de Cuidado Intensivo del FHP tenía una estación de enfermería y dos pasillos de habitaciones - uno a cada lado de la estación-.
24. El sábado 25 de abril del 2009, Pagán fue asignado a trabajar en el turno de 11:00 pm a 7:00 am.
25. Al comenzar el turno, la Enfermera a Cargo "RN" y los TSM recibieron un reporte verbal por parte de una de las Enfermeras a Cargo del turno anterior.
26. Al comienzo del turno, normalmente la Enfermera a Cargo "RN" distribuía los pacientes entre los TSM, para que cada TSM se enfocara en esos pacientes.
27. Durante la noche del sábado 25 de abril del 2009, en la Unidad de Cuidado Intensivo estaban asignados: (1) Dylia Ortiz Enfermera a Cargo, o "RN"; (2) Abner Rivera (TSM) y Jose [sic] Pagán (TSM).
28. Durante la noche del sábado 25 de abril de 2009, existían aproximadamente 22 pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo del FHP.
29. Los pacientes varones estaban divididos de las pacientes, féminas, en la Unidad de Cuidado Intensivo.
30. Durante la noche del sábado 25 de abril del 2009, la paciente Lisandra Villalongo fue admitida en la unidad de Cuidado Intensivo.
31. La paciente Lisandra Villalongo, fue admitida bajo el nivel de observación 1-LV.
32. Pagán realizó varias rondas de observación a la paciente Lisandra Villalongo.
33. Durante la noche del sábado 25 de abril del 2009, la supervisora general era Maria [sic] León.
34. A eso de las 6:00 am la Enfermera a Cargo, Dylia Ortiz se dirigió a las habitaciones a tomar muestras de sangre.
35. Al llegar a la habitación en la cual estaba la paciente Villalongo, pidió que se activara una clave verde, porque encontró a la paciente con una sábana alrededor de su cuello suspendida de la ducha de la habitación.
36. Esa habitación era la única que tenía [sic] una ducha de tipo fijo con un brazo extendido.
37. Pagán y Rivera se dirigieron a la habitación en la cual estaba la paciente Villalongo.
38. Pagán observó que Rivera trató de revivir a la paciente mediante resucitación cardiopulmonar estando ya está en el suelo.
39. Inmediatamente llegó [sic] el equipo médico y trataron de revivir a la paciente.
40. Los empleados de la Unidad de Cuidado Intensivo se afectaron por lo sucedido y fueron transferidos al área de administración.
41. En el área de administración los empleados recibieron [sic] explicaron lo sucedido a la dra. Santiago; Angie Landrau, al Director Médico y luego a la Sa. [sic] Rebecca Plaza.
42. Los empleados estuvieron como hasta la 1:00 pm en el área de administración.

43. El 26 de abril del 2009, los empleados prepararon narrativas sobre lo sucedido.
44. Aproximadamente entre los días 28-30 abril del 2009 los empleados se reunieron con el Lcdo. Luis Martinez [sic] Llorens y otros abogados de su oficina.
45. Luego de ello FHP les concedió varios días libres, con paga.
46. Pagán regreso [sic] a trabajar el 11 de mayo del 2009.
47. El 13 de mayo del 2009 Pagán se reportó al Fondo del Seguro del Estado, por el estado emocional relacionado con la muerte de la paciente.
48. El FSE otorgó un "CT" tratamiento mientras trabaja el 16 de junio del 2009.
49. En el 2008 Pagán se había reportado al FSE por otro evento y luego se reintegró a su empleo.
50. Del 16 al 23 de junio del 2009, Pagán trabajo [sic] en el FHP.
51. A partir de septiembre del 2009, Cartagena es empleado a tiempo completo en el Hospital Menonita Aibonito y ocupa un puesto como Técnico de Salud Mental y devenga un salario de \$10.78 por hora.

Así las cosas, el juicio fue celebrado durante los días 10, 11, 30 y 31 de octubre; 1 y 6 de noviembre; 4,5,6,11,13,17 y 19 de diciembre de 2018 y el 15, 30 y 31 de enero de 2019. De igual forma, el 15 de mayo de 2019, el Panamericano presentó *Memorando de derecho en apoyo a la desestimación de la Demanda*. Por su parte, el 30 de mayo de 2019, el Apelante presentó su *Memorando de hechos y derecho de la parte demandante*. En vista de lo anterior, el 1 de febrero de 2021, el TPI emitió y notificó *Sentencia* por virtud de la cual declaró No Ha Lugar la *Demanda*. Cónsono con ello, emitió las siguientes determinaciones de hecho:

1. El First Hospital (FHP) es una institución médico-hospitalaria, fundada en el año 1987, con sede en Cidra Puerto Rico, que ofrece tratamiento especializado para pacientes con desórdenes y/o enfermedades mentales.
2. José Pagán Cartagena (Pagán) está casado con María Lopez Santos, nació el 5 de octubre del 1964 y ambos residen en Cidra.
3. En el año 1989, Pagán comenzó como empleado a tiempo indeterminado en el FHP en la posición de *Técnico de Salud Mental (TSM)*. Dicha plaza fue la única ocupada por Pagán en el hospital, hasta la fecha de su despido el 23 de junio del 2009.

4. Tras su despido, en septiembre del 2009, Pagán obtuvo empleo como TSM en otra institución hospitalaria situada en Aibonito, donde devenga un salario equivalente al que devengaba en FHP. A la fecha de juicio continuaba trabajando a tiempo completo. Su esposa siempre ha trabajado como asistente en un hogar de envejecientes y la fecha del juicio continuaba como tal.
5. Pagán posee un Bachillerato en Psicología de la UPR-Cayey, el cual completó en el año 1988. En el 2007 completó estudios de Maestría de la Universidad del Turabo-Caguas, aunque no revalidó. Ambos grados los obtuvo mientras trabajó para FHP.
6. Para el año 2009 el FHP tenía el siguiente personal administrativo:
 - a. Marta Rivera - Directora Ejecutiva y CEO
 - b. Tania Rivera - Administradora
 - c. Dr. Ramon [sic] Parrilla - Director Médico
 - d. Sa. [sic] Shirley Ayala - Directora de Recursos Humanos
 - e. Sa. [sic] Rebecca Plaza, - Directora de Manejo y Riesgo
 - f. Sa. [sic] Judith Lugo - Directora de Enfermería
 - g. Sa. [sic] María León - Supervisora General de Enfermería
 - h. Dra. Aidaliris Santiago - Psiquiatra Unidad Intensivo
7. Durante el tiempo en que estuvo empleado, Pagán recibió el *Manual de Empleados del FHP*. Dicho manual establece normas de disciplina que sancionan la falsificación, alteración e inclusión de información falsa en los documentos o cualquier expediente del hospital, así como el desempeño negligente. También establece política de quejas y agravios, que requiere que las quejas se presenten mediante el formulario Presentación de Queja o Petición y garantiza que ningún empleado será penalizado por utilizar dicha política.
8. Conforme la prueba estipulada, anualmente Pagán era adiestrado por el Hospital en diferentes materias relacionadas con el cuidado de pacientes, incluyendo técnicas de prevención de suicidio. Esto, necesariamente obedecía al tipo de pacientes que atiende la institución. Entre otros, Pagán recibió adiestramientos sobre: (1) Orientación importancia de la Vigilancia Continua De Clientes; (2) Niveles de Observación; (3) Seguridad, (4) Riesgo; (5) cumplimiento; (6) abuso y negligencia institucional; (7) Prevención del Manejo de Conducta Agresiva; (8) Method Oriented Safety Thinking (MOST); (9) Reconociendo Conducta Suicida.
9. La prueba testifical de ambas partes estableció que los pacientes psiquiátricos pueden aparentar estar en calma y normal, pero pueden tener cambios abruptos, de carácter inmediato. Por eso la necesidad de una observancia frecuente y minuciosa.
10. Con anterioridad a la fecha de los eventos que dieron lugar a su despido, Pagán había asistido, el 10 de marzo

- de 2009 a un adiestramiento sobre *Programa de Prevención de Suicidio* (RIGHT). (Exhibit 1 demandado)
11. En el adiestramiento *Programa de Prevención de Suicidio* (RIGHT) de **marzo del 2009**, se enfatizó que los cotejos cada 15 minutos o menos significa, que **“al menos cada 15 minutos el personal observa y verifica la seguridad y bienestar de cada persona en su asignación de trabajo, incluyendo la noche”**. (Exhibit 1 Demandado)
 12. **Detalla además que “pre-documentar los formularios de observación “activity log” se considera fraude y está prohibido.** Igualmente prohíbe dejar de realizar las rondas de vigilancia. Además, dispone que incurrir en ese tipo de conducta puede conllevar medidas disciplinarias incluyendo despido.
 13. La prueba también estableció que los adiestramientos anuales ofrecidos por FHP, enfatizaban en la seguridad del paciente, reseñaban que **“todo paciente solo necesita una oportunidad para cometer suicidio”** (Exhibit #10) y eran seguidos por exámenes que medían el conocimiento y comprensión por parte del adiestrado. Para cada uno de los adiestramientos Pagán aprobó los exámenes de comprensión del material ofrecido.
 14. De hecho, en uno de esos exámenes Pagán reconoció que “cuando se hacen rondas de vigilancia, el personal debe hacer todo **“excepto, hacer menos rondas de vigilancia durante horas de sueño.”** (Véase Exhibit #32 respuesta #8). Es decir, se enfatizaba en todos los adiestramientos, la seguridad del paciente, particularmente aquellos en la Unidad de Cuidado Intensivo -donde Pagán siempre trabajó- quienes siempre requerían un nivel de vigilancia superior. Ese proceso de vigilancia se realizaba, como mínimo, mediante rondas de vigilancia por parte del TSM en intervalos de 15 minutos o menos y que aún en las horas de sueño del paciente, estos procesos de vigilancia tenían que realizarse, con la misma minuciosidad y frecuencia.
 15. Como parte de sus procedimientos FHP evaluaba anualmente la ejecutoria y desempeño de Pagán, a través de su supervisor(a) inmediato(a). Estas evaluaciones eran discutidas por la supervisora con Pagán, se proveía espacio para los comentarios del empleado y finalmente eran revisadas y suscritas por la Sa. Shirley Ayala Rodríguez, Directora de Recursos Humanos del FHP. (Véase Exhibit #22)
 16. En relación con el expediente de personal de Pagán, la entonces Directora De Recursos Humanos, Sa. Shirley Ayala, testificó que, a pesar de estar adiestrado anualmente, haber aprobado exámenes de conocimiento y estar capacitado para realizar sus funciones, las evaluaciones de desempeño de Pagán, desde el año 2005 al año 2009 consistentemente reflejaban un desempeño decreciente y señalamientos específicos, de carácter grave, sobre su desempeño como TSM. (Véase Exhibit #22), subrayado nuestro.
 17. Entre los señalamientos existentes en las evaluaciones de Pagán, hechos por su entonces supervisora Ramonita Franco, surgen los siguientes: no completaba adecuadamente el activity log (Exhibit #22A, 2003); debía focalizar más en vigilancias, rondas y room status;

(Exhibit #22D), **velar por la seguridad vigilando por la seguridad del paciente y no hacerse de la vista larga;** (Exhibit #22E); se distraía fácilmente en el área de trabajo, conservaba con personas de temas que no se relacionaban al trabajo, lee periódico horas laborables; abandonaba área y no informaba a donde iba. (Exhibit #22F). Subrayado nuestro.

18. En resumen, los señalamientos de la supervisora, en las evaluaciones de desempeño durante los años previos al despido en el 2009, establecían que Pagán descuidaba el proceso de vigilancia a pacientes; no documentaba adecuadamente las rondas de vigilancia, no mostraba iniciativa. En todo momento FHP apercibía que debía asegurarse de la vigilancia efectiva de los pacientes. Subrayado nuestro.
19. Ayala destacó que el TSM es el puesto más importante en el hospital pues está más cerca del paciente durante las 24 hrs del día, -máxime si es uno en la unidad de intensivo-y tiene el deber de cuidado y vigilancia hacia éstos. Subrayado nuestro.
20. Ayala testificó que, como empleado Pagán, presentaba constantemente retos a la autoridad y antagonizaba con su supervisora. Constantemente resistía que como TSM tuviera que seguir las instrucciones de la Enfermera -cuya preparación académica era inferior, excepto las graduadas- y que no estuviera supervisado por un médico. Ayala le recalcó que la función esencial del TSM era vigilar y cuidar al paciente, conforme los niveles de observación y no ofrecer terapias. Subrayado nuestro.
21. En el aspecto operacional conforme a la prueba desfilada, un paciente que solicitaba servicios en el hospital FHP era evaluado inicialmente por un médico generalista, quien realizaba un análisis preliminar de la condición del paciente y asignaba un nivel de observación conforme su diagnóstico profesional. Luego de la admisión inicial el paciente era evaluado por un psiquiatra.
22. El médico que admite el paciente es quien determina el nivel de observación en el cual será calificado. Los Técnicos de Salud Mental (TSM) y/o la Enfermera a Cargo (RN), tenían la facultad de solicitarle al médico modificar el nivel de observación asignado, si el paciente reflejaba algún tipo de conducta que así lo requiriera.
23. Los pacientes psiquiátricos admitidos al FHP, se clasifican en diversos niveles de observación conforme la *Política de Niveles de Observación del Hospital.* (Exhibit #20) **Esta política materializaba en la práctica, el deber de cuidado y vigilancia del hospital hacia sus pacientes.**
24. El nivel de observación 1-CL implica que el TSM debe estar en todo momento al lado del paciente. El nivel de observación 1-LV “línea de visión” conllevaba que el paciente está en un área específica donde el TSM puede llegar a verlo. Es decir, el TSM debía saber dónde estaba el paciente clasificado en el nivel 1-LV.
25. El nivel de observación 1-LV requería una vigilancia constante del paciente, mediante rondas de observación realizadas por el TSM en intervalos de 15 minutos o menos. Estas rondas eran documentadas en una bitácora

- o “activity log” para cada paciente, mediante las iniciales del TSM. Estas iniciales certifican que ese TSM realizó la ronda correspondiente, observo [sic] al paciente en el lugar donde se encontraba, si estaba despierto o dormido y cualquier otra circunstancia que ameritase ser documentada.
26. Estos niveles de observación esencialmente permanecieron inalterados durante todo el tiempo en el cual Pagán trabajó en el FHP.
 27. En el aspecto operacional, para la fecha de los hechos, el FHP mantenía tres turnos de trabajo. Estos discurrían de la siguiente manera: 7:00 am a 3:00 pm; 3:00 pm a 11:00pm y 11:00 pm a 7:00 am.
 28. Pagán siempre trabajó en el turno de 11:00 pm a 7:00 am en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), por elección propia, a pesar de que, según admitió, recibió oportunidades para trabajar en otros horarios y otros departamentos del hospital.
 29. Según los testimonios presentados, debido a la agudeza y condiciones emocionales los pacientes internados en la Unidad de Cuidado Intensivo, éstos requerían mayor cuidado y vigilancia, por parte del personal, que los pacientes de otras áreas.
 30. En el año 2009 la Unidad de Cuidado Intensivo del FHP consistía en una estación de enfermería y dos pasillos opuestos de habitaciones -uno a cada lado de la estación-. Exhibit #1.
 31. Para el 2009, la Unidad de Cuidado Intensivo del FHP, tenía capacidad para un máximo de 24 pacientes, en doce habitaciones. Cada habitación poseía dos camas y un baño. Los pacientes varones estaban divididos de las pacientes féminas, en la Unidad de Cuidado Intensivo.
 32. Según los testimonios presentados de ordinario los turnos diurnos tenían más empleados asignados, pues los pacientes estaban despiertos, recibiendo tratamiento médico general, visitas y en consecuencia existía mayor actividad.
 33. Como regla general en el turno de 11:00 pm a 7:00 am, la Unidad de Cuidado Intensivo tenía asignados tres empleados: una Enfermera a Cargo (Registered Nurse o “RN” como se le conocía) y dos Técnicos de Salud Mental. De surgir la necesidad de personal o una situación anormal, el personal de la unidad tenía la facultad de solicitar personal de apoyo de otras áreas a través de la supervisora de turno del hospital. La supervisora de turno era la empleada de mayor jerarquía en el hospital en el turno de 11:00 pm a 7:00 am.
 34. Los testimonios de Pagán y Ayala establecieron que los TSM incluyéndolo, en ocasiones, solicitaron y obtuvieron apoyo de personal por parte de la Supervisora de Turno, para lidiar con situaciones en la unidad de cuidado intensivo.
 35. Al comienzo del turno, normalmente la Enfermera a Cargo “RN” distribuía los pacientes entre los TSM, para que cada TSM se “enfocara” en esos pacientes durante el turno. También recibía los expedientes médicos y listado de medicamentos que debían ser administrados.

36. Los testigos Plaza, Ayala y Pagán establecieron que los TSM eran responsables de la seguridad de todos los pacientes, independientemente que los tuvieran “asignados” o no. Así también lo reconoció Pagán en la contestación a uno de los múltiples exámenes de competencias. (Véase Exhibit #34)
37. Las funciones y responsabilidades primarias del TSM, es decir lo que se hacía rutinariamente, aparecen detalladas en el documento “*Descripción del Puesto/Evaluación Anual de Ejecución*” (Exhibit #22) Conforme los estándares de ejecutoria destacan entre las funciones del TSM las siguientes: supervisar la seguridad de los pacientes -criterio (d)-; realizar las rondas a pacientes de acuerdo con los [sic] establecido en la orden médica, normas de la unidad y/o instrucciones impartidas, -criterio (q)-; observar al paciente de acuerdo al nivel de observación ordenado – criterio (s)- e identificar pacientes con potencial agresivo, suicida – criterio (y)-.
38. Como TSM, Pagán entre otras funciones: atendía, vigilaba y cuidaba los pacientes del FHP y era un componente principal en el tratamiento de los pacientes. Además, era responsable del proceso de observación de conducta del paciente durante el tratamiento y su documentación conforme los procedimientos establecidos.
39. La *Política de Niveles de Observación* (Exhibit #20) vigente a la fecha de los hechos requería al *Técnico de Salud Mental* realizar constantemente rondas de vigilancia a los pacientes clasificados como 1LV (línea de visión) en intervalos no mayores de 15 minutos de diferencia.
40. Tanto Ayala como Pagán establecieron que durante esas rondas el TSM tenía que: (1) ver al paciente, (2) cotejar la condición en que se encontraba (dormido, despierto); (3) observar el lugar donde se encontraba (habitación, baño, pasillo etc.), y luego de haber realizado estos tres pasos; (4) documentar la realización de la ronda en una bitácora individual existente para cada paciente denominada “activity log”. Esto para documentar la trayectoria y comportamiento de ese paciente de manera completa y adecuada.
41. En dicha bitácora el TSM tenía que anotar, inmediatamente completada la ronda de vigilancia lo siguiente: hora en que realizó la ronda; lugar y colocar sus iniciales. Además, al final del turno, la Enfermera a cargo firmaba la bitácora.
42. Pagán conocía y así lo establecen los adiestramientos ofrecidos, que como TSM no podía completar de antemano “pre-documentar” los formularios de observación de los pacientes “activity log”, ni dejar de realizar las rondas de observación cada 15 minutos o menos.
43. Pagán reconoció que completar de antemano los formularios de observación de los pacientes “activity log” y no realizar las rondas de observación cada 15 minutos, constituían serias y graves violaciones a las normas del FHP.
44. La Sa. [sic] Rebecca Plaza declaró que, como *Directora de Manejo de Riesgos*, pertenecía a un Comité de Seguridad que realizaba periódicamente inspecciones físicas a todas

- las áreas del hospital; que nunca se detectó una situación peligrosa en la Unidad de Cuidado Intensivo, mucho menos en la habitación asignada a la paciente que se privó de la vida – la cual previamente había sido utilizado como oficina médica y tenía una ducha de mango fijo-.
45. Sostuvo que los empleados de la Unidad de Cuidado Intensivo, incluyendo Pagán, -quien así lo admitió luego nunca alertaron a la institución ni a ella, sobre condición peligrosa alguna en esa habitación. Ese tipo de ducha estuvo instalado en las habitaciones por más por más de 20 años sin que ocurriera ninguna desgracia.
 46. Declaró que en la mañana del **26 de abril del 2009** fue notificada del evento centinela (terminología utilizada médicamente para describir un evento de suicidio en el hospital); que inmediatamente se presentó en el hospital y coordinó que ese mismo día se tomaran a los empleados, narrativas, sobre lo sucedido. (Ex 34). Plaza envió esas narrativas al Lcdo. Martínez Llorens -abogado externo del FHP- como parte de la investigación.
 47. Según investigado y establecido por la prueba, a eso de las **8:00pm del sábado 25 de abril del 2009**, la paciente (L.V.C.) de sobre 34 años y madre de 3 hijos menores de edad, llegó al FHP y fue evaluada por el Dr. Rubén Rosario, medico [sic] asignado esa noche. Según surgió de la prueba en el área de evaluación la paciente se puso agresiva y desorganizada, siendo necesario medicarla. (Exhibit #2)
 48. Inmediatamente fue admitida al FHP, la paciente referida a la Unidad De Cuidado Intensivo y conforme la política de observación, clasificada en el nivel 1LV, que requería rondas de vigilancia en intervalos de 15 minutos o menos. Esa noche la unidad de cuidado intensivo tenía un censo de 22 pacientes. (Exhibit #2)
 49. A las 11:00 pm se llevó a cabo el cambio de turno, y la Enfermera (RN) Dylia Ortiz se hizo cargo de la unidad junto a los dos (2) TSM. Esa era la plantilla laboral para ese turno por más de 20 años.
 50. Según surgió de la prueba, esa noche Ortiz no hizo la asignación de los pacientes entre los dos TSM, Pagán y Rivera. Ambos de manera informal, se los distribuyeron entre sí. Pagán, admitió que tampoco requirió a Ortiz que hiciera la asignación formal de los pacientes.
 51. En relación con la bitácora o “activity log”, Pagán, aceptó que el TSM que realizó las rondas de vigilancia de esa noche no necesariamente fue el que las documentó en la bitácora “activity log”. Así también se lo admitieron los empleados de esa noche al Lcdo. Martínez Lloréns según las notas admitidas como Exhibit 2.
 52. Semejante proceder según admitió Pagán, era “costumbre” entre ellos. Es decir, el TSM que llenaba la información sobre la vigilancia de cada paciente y firmaba la bitácora, no tenía conocimiento personal del estado del paciente, sino que descansaba en la información provista por el compañero. Esto según reconoció, era una desviación grave de las normas exigidas por el hospital.
 53. Según surgió de la prueba, Pagán admitió que en ocasiones se completaba de antemano el “activity log” de

- los pacientes, lo cual también era una desviación grave de los procedimientos de seguridad y vigilancia.
54. En la madrugada del **26 de abril del 2009**, según Pagán testificó la “unidad estuvo movida” refiriéndose a que al menos como cinco pacientes estuvieron alterados e incluso hubo un altercado físico, entre dos de ellos, entre 4:00 a 5:00 am, que requirió su intervención.
 55. A pesar de estas circunstancias, ninguno de los empleados que trabajaron esa noche en la Unidad de Cuidado Intensivo, solicitó ayuda a la Supervisora de Turno, María León, quien esa noche, según la prueba desfilada y creída, visitó la unidad varias veces.
 56. Con relación a la paciente, L.V.C., Pagán testificó que originalmente fue colocada en una habitación en compañía de otra paciente, pero que, al cabo de un tiempo, esa paciente se quejó por sentirse temerosa y ellos decidieron ubicar a la paciente L.V.C. en una habitación, sola. Esta habitación había sido utilizada como oficina médica en el pasado.
 57. En relación con las rondas de vigilancia, inicialmente Pagán declaró que cumplió con sus deberes y responsabilidades como TSM, ofreciéndolas en los intervalos requeridos. **Tras múltiples vacilaciones, titubeos y ser confrontado con su testimonio previo en deposición, Pagán admitió durante su conainterrogatorio en el tribunal, que esa noche no efectuaron las rondas de vigilancia y cuidado a los pacientes, en los intervalos de 15 minutos o menos según era requerido por las normas políticas y procedimientos del hospital.**
 58. Lo que es peor, Pagán admitió que, en efecto, pudo haber ocurrido que esa noche simplemente no se dieran las rondas de vigilancia o que se hubiesen efectuado luego de transcurrido más de 15 minutos. Esto a pesar de que de un examen aislado de la bitácora de la paciente L.V.C. surge que se efectuaron en los intervalos requeridos.
 59. **El testimonio de Pagán, a los fines de que realizó las rondas requeridas, en los intervalos que eran requeridos por FHP y que eran ampliamente conocidos por Pagán, no nos mereció credibilidad sobre este aspecto esencial a las controversias.** En otras palabras, el testimonio de Pagán fue evasivo, y contradictorio, al ser impugnado en múltiples ocasiones con su propio testimonio en deposición.
 60. Destacamos que las narrativas preparadas por los empleados, incluyendo Pagán, omiten que no efectuaron las rondas en los intervalos requeridos o que un TSM realizaba la ronda y otro la documentaba. Tampoco expusieron que esa noche no hubo asignación de pacientes. Estos elementos, deliberadamente omitidos por los empleados, eran esenciales para establecer las causas del evento y la responsabilidad individual de los empleados.
 61. En síntesis, el testimonio de Pagán no nos mereció credibilidad alguna. Determinamos como un hecho probado que, la noche del 26 de abril del 2009, Pagán no realizó las rondas de vigilancia a los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo, particularmente a la

fenecida L.V.C. conforme eran requeridas por las normas del hospital. Este hecho, a nuestro juicio, creó las condiciones adecuadas -tiempo suficiente sin vigilancia- para que la paciente L.V.C. se privara de la vida. Como expondremos más adelante, la prueba incontrovertida estableció que la paciente L.V.C., tuvo suficiente tiempo para: (1) quitarle la sabana a la cama de la habitación; (2) abrir la ducha de la bañera; (3) quitarse la ropa; (4) colocar la sabana [sic] sobre la ducha y girar sobre sí [sic], hasta enroscarla sobre su cuello, a tal nivel de tensión, que al dejarse caer y colgar, le provocó la muerte. Todo ello, sin que ninguno de los TSM ni la Enfermera a Cargo, observaran nada anormal en esa paciente ni se percataran de lo que estaba sucediendo. Esto a pesar de que en la bitácora ambos TSM “documentaron” que todo estaba normal y que realizaron las rondas de vigilancia individual dentro de los intervalos menores de 15 minutos. La realidad fue otra. Oportuno es aquí recordar aquellas palabras del Juez Asociado señor Serrano Geyls cuando dijo: “[l]os jueces no podemos ser tan ingenuos para creer lo que nadie más creería”. y “y es que no sólo habla la voz viva. También hablan las expresiones mímicas: el color de las mejillas, los ojos, el temblor o consistencia de la voz, los movimientos, ... la observación”.

62. Concluimos además que la bitácora preparada esa noche por ambos TSM incluyendo a Pagán, sobre la paciente L.V.C. contiene información falsa, -pues conforme hemos determinado no se realizaron las rondas de vigilancia requeridas, o se [sic] haberse hecho no fueron ni en la frecuencia ni en los intervalos mínimos requeridos por el hospital. Su preparación, además de haberse efectuado de antemano -lo cual de por sí ya constituía una falta severa a las normas del hospital-, fue una fraudulenta, contraria a la realidad y las normas de la institución y posiblemente del ordenamiento penal.
63. Según surge de la prueba, a eso de las 5:45-6:00 am, Ortiz se dirigió a la habitación donde estaba la paciente L.V.C. para tomarle una muestra de sangre. Pagán quien estaba en la estación de enfermería, escuchó un grito fuerte de Ortiz quien pidió ayuda y que activara clave verde (emergencia médica).
64. Pagán declaró que se puso tan nervioso que ni siquiera pudo activar la clave; se dirigió a la habitación, donde ya estaba el otro TSM, Abner Rivera tratando de revivir a la paciente quien yacía en el piso de la bañera con una sábana enroscada por su cuello y evidentemente en aparente estado de defunción.
65. Conforme el narrativo preparado por Ortiz, el propio testimonio de Pagán cuando llegó a la habitación, escuchó la ducha prendida y vio a la paciente L.V.C. colgada del tubo de la ducha, con una sábana enroscada por su cuello. Inmediatamente otro empleado activó la clave, llegó personal de otras unidades, incluyendo al Dr. Rosario.
66. En ese momento llegó el personal de apoyo, incluyendo a María León, luego personal de la policía y se alertó a los familiares de la paciente, sobre lo sucedido.
67. Los empleados se pusieron muy ansiosos y recibieron asistencia profesional en el FHP. Luego Plaza les solicitó

- realizar las narrativas de lo sucedido y estuvieron en las facilidades aproximadamente hasta el mediodía. Luego continuó el proceso investigativo.
68. El día del evento los empleados recibieron apoyo y explicaron lo sucedido a la Dra. Santiago; Angie Landrau, al Director Médico y luego a la Sa. [sic] Rebecca Plaza.
 69. El Lcdo. Luis Martínez Lloréns testificó que es abogado privado, con más de 23 años de experiencia en el área de daños y perjuicios e impericia médica. Que para la fecha de los eventos prestaba servicios profesionales al FHP en ese tipo de reclamación como abogado y consultor externo. En esas funciones se comunicaba con la Sa. [sic] Dulce Mooney, Vicepresidente de Manejo de Riesgos de Psychiatric Solutions Inc., entonces propietarios del FHP.
 70. Destacó que el FHP, a través de esa oficial, le requirió que investigara el evento centinela en preparación para un potencial litigio por parte de los familiares de la víctima y hacer análisis de riesgo.
 71. En atención a ello evaluó el expediente médico de la víctima y el **28 de abril de 2009**, se reunió juntamente con los empleados de la Unidad de Cuidado Intensivo, que trabajaron en el turno en que ocurrió el evento. Durante dicha reunión, el Lcdo. Martínez Lloréns como representante legal del FHP les solicitó que le fueran honestos e indicaran lo sucedido con la paciente que se mantuviera la confidencialidad. En cumplimiento con sus deberes, tomó notas de lo discutido con los empleados. (Exhibit 2)
 72. En lo pertinente a esta reclamación el Lcdo. Martínez Lloréns testificó que en la reunión una vez discutido el evento centinela, los empleados – incluyendo Pagán-le atribuyeron la ocurrencia del evento a varias razones. Entre estas: la falta de personal en la unidad; que el personal “doblaba” turno; a la existencia de una ducha de mango fijo y a que no existía un cuarto de aislamiento.
 73. Con relación a la alegada falta de personal como causa del evento, el abogado sostuvo que, según su experiencia, era común que fuera utilizada como excusa por los empleados, para evadir responsabilidad ante la ocurrencia de este tipo de eventos. En sus palabras era “una queja típica” ante un evento de tal gravedad.
 74. El licenciado Martínez Lloréns repasó con los empleados la política de niveles de observación de pacientes y las narrativas preparadas a manuscrito por cada uno de ellos el día del evento.
 75. El Lcdo. Martínez Lloréns negó que Pagán le hubiese expresado en esa reunión, sobre su alegada intención de fungir como “testigo” de los familiares de la víctima, en una posible reclamación futura, por la muerte acontecida. El testimonio del Lcdo. Luis Martínez Lloréns, nos mereció entera credibilidad tanto por sus credenciales profesionales, su experiencia, la naturaleza de su testimonio, así como su comportamiento en la silla testifical.
 76. Pagán admitió, que las únicas quejas que ofreció al licenciado Martínez Lloréns fueron: la falta de personal en la unidad; que el personal “doblaba” turno; a la

- existencia de una ducha de mango fijo y a que no existía un cuarto de aislamiento.
77. Sobre el contenido de lo dialogado, Pagán admitió que nunca le manifestó al licenciado Martínez Lloréns su potencial participación como “testigo” de los familiares de la víctima en un potencial litigio futuro. De hecho, a preguntas del demandado, Pagán admitió que nunca participó, en forma alguna, ni como testigo ni de otra índole, para el beneficio de los familiares de la víctima y que no hizo ninguna gestión encaminada a ello.
 78. El Lcdo. Martínez Lloréns sostuvo que en efecto se presentaron reclamaciones civiles por parte de los familiares y parientes de la víctima, en las que representó a FHP y que finalmente fueron resueltas extrajudicialmente. Con relación al despido de Pagán, indicó que no tuvo participación alguna, en esa determinación, ni la discutió con el personal de FHP.
 79. Luego del evento, Pagán estuvo ausente con paga unos días hasta el 11 de mayo del 2009, pues tras la muerte de la paciente L.V.C., se sentía deprimido, ansioso y lloroso. El 13 de mayo del 2009 Pagán se reportó al Fondo del Seguro del Estado (FSE), por el estado emocional relacionado con la muerte de la paciente y recibió tratamiento por la condición emocional.
 80. El FSE otorgó un “CT” tratamiento mientras trabaja el 16 de junio del 2009 y finalmente cerró su caso en diciembre del 2009. Durante ese periodo el FSE le ofreció tratamiento médico. El FSE no le concedió incapacidad alguna y Pagán no apeló esa determinación.
 81. El último periodo de empleo de Pagán fue del 16 al 23 de junio del 2009.
 82. La Sa. [sic] Shirley Ayala Rodríguez, entonces Directora de Recursos Humanos del FHP, declaró que, entre otras funciones, era responsable de las áreas de: adiestramiento de personal; descripciones de puesto, implantación y cumplimiento de manual y normas institucionales del FHP; procesos disciplinarios, evaluaciones de personal, reclutamiento y separación de empleados. Declaró que las acciones disciplinarias o incluso la terminación de un empleado, no dependen exclusivamente de los resultados de las evaluaciones de desempeño, pues el empleado puede incurrir en conducta grave que amerite el despido. Así lo permite el manual de empleados.
 83. Con relación al despido de Pagán, Ayala testificó que el mismo fue exclusivamente el resultado de una extensa investigación sobre los eventos del 26 de abril del 2009, que incluyó entrevistas a los empleados; la revisión del expediente médico de la víctima y las admisiones, sobre desviaciones e incumplimientos con las políticas del hospital que Pagán hiciera ante ella y el entonces Director Médico, Ramon [sic] Parilla.
 84. Conforme su testimonio, luego del evento a los empleados de la unidad se les concedieron unos días libres con paga para que superaran la ansiedad del evento. En el caso de Pagán, se reintegró a su puesto hasta mediados de mayo del 2009, cuando decidió acogerse a los beneficios de la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo. Esta

- no era la primera vez que Pagan [sic] se acogía a los beneficios del FSE. En el 2008 Pagán se reportó al FSE por otro evento y luego se reintegró a su empleo.
85. Durante los días en que Pagán trabajó luego del evento centinela, el Dr. Parilla lo citó a una reunión a la cual también invitó a la Sa. [sic] Ayala. En esa reunión, Parrilla le preguntó a Pagán que le expusiera claramente lo ocurrido.
86. **En esa reunión, conforme el testimonio de Ayala, Pagán le admitió a ambos que esa noche no efectuaron las rondas de vigilancia como eran requeridas, al extremo que hubo momentos en las que no se dieron; que habían pre documentado el activity log de la paciente L.V.C.; y que algunas rondas que aparecían en el activity log, no las había realizado el TSM que las firmó.** El testimonio de Ayala nos mereció entera confiabilidad y credibilidad.
87. Ayala declaró que desde óptica de Recursos Humanos la conducta de todos los empleados a cargo de la Unidad de Cuidado Intensivo y en especial las de Pagán, eran de naturaleza tan grave y seria que ameritaban el despido de todos. **Sostuvo que todos los empleados de la Unidad, incluyendo Pagán, incumplieron crasamente con su deber primordial de vigilancia constante a la paciente, para garantizar su seguridad e integridad física y que ese incumplimiento fue la causa próxima para el evento centinela, esto es, la muerte de la paciente.**
88. Ayala reafirmó que la conducta de los empleados, incluyendo Pagán, conllevaba una admisión de sobre la falsificación, presentación y posesión de documentos, en este caso el activity log -al colocar información falsa (sobre la realización de las rondas de vigilancia y en los intervalos mínimos requeridos)-; un total menosprecio por la seguridad de los pacientes de la unidad y también una falta de honestidad, pues las narrativas de los empleados omitieron exponer, datos esenciales que necesariamente hubieran revelado sus crasas desviaciones de los procedimientos, en perjuicio de la seguridad y vida de los pacientes a su cargo.
89. A diferencia de situaciones previas en las cuales los pacientes se habían provocado danos [sic] físicos, Ayala narró que, en este evento, a pesar de que los empleados estaban debidamente adiestrados, se pudo establecer la negligencia crasa por parte de ellos, al extremo de que una paciente se privó de la vida y que esta conducta no podía ser tolerada. **Sostuvo que, contrario a otros eventos, en esta situación se podía establecer claramente la negligencia de los empleados.**
90. Finalmente declaró que el asunto fue discutido extensamente en el Gabinete Ejecutivo del FHP, donde se evaluó detenidamente lo sucedido, llegándose a la conclusión que la ducha no era un elemento determinante en el evento centinela pues había estado allí por más de 20 años, y en otros cuartos sin que sucediese un evento de esta naturaleza.
91. Por el contrario, concluyeron que el factor determinante había sido el incumplimiento de Pagán y los restantes empleados, con las políticas de vigilancia hacia la paciente. Luego de haberse evaluado todos los datos, la

- gravedad del evento, la conducta y desviaciones de los empleados, su historial de desempeño y amonestaciones previas se recomendó y aprobó de manera unánime el despido de los tres (3) empleados que esa noche tuvieron a su cargo la unidad de cuidado intensivo. **Esto considerando que la muerte de una paciente era un evento lo suficientemente grave y serio para el hospital, que justificaba el despido.**
92. Plaza también declaró que, por su posición, era parte del Gabinete Ejecutivo del FHP, donde se discutió todo lo relativo al evento centinela incluyendo la determinación de despido de Pagán y los restantes empleados de la unidad, que estaban destacados esa noche. Reiteró que la determinación de despido se adoptó de manera unánime, por todos los integrantes del gabinete ejecutivo, incluyendo el área corporativa a nivel de Estados Unidos y la local.
93. Ayala preparó la carta de despido de los empleados. Se procedió primero con Ortiz y antes de que fuera entregada a Rivera, este renunció. **En el caso de Pagán, Ayala la entregó personalmente y le reiteró al momento de entregársela, que ello obedecía al evento sucedido el 26 de abril del 2009.** Pagán no hizo manifestación alguna en ese momento.
94. Previo a su despido, Pagán había recibido amonestaciones disciplinarias. Estas fueron en mayo 2006 (ausentarse sin autorización) **y enero del 2008** (permitir a un empleado dormir mientras ambos vigilaban pacientes). Además, como expusimos, sus evaluaciones de desempeño confirmaban un patrón de serias deficiencias e incumplimientos por su parte, potenciales razones para su despido.
95. Según Ayala la determinación del despido de Pagán se hizo en el ejercicio de las prerrogativas gerenciales del patrono, para asegurar la vida de sus pacientes, pues hubiese constituido una imprudencia esperar la ocurrencia de otra muerte para imponer una sanción. Como expusimos el testimonio de Ayala, fue consistente y nos mereció entera credibilidad.
96. Según declaró en nada se consideró por el FHP, el que Pagán hubiese estado acogido a los beneficios del Fondo del Seguro del Estado, entidad que previo a estos eventos, también le había dado tratamiento por accidentes compensables. Además, el FHP mantiene políticas de igualdad de oportunidades en el empleo que prohíben el discrimen y represalias.
97. En resumen, la prueba estableció que Pagán, incumplió con los procesos de vigilancia a los pacientes de intensivo y documentación e incurrió en una conducta crasamente negligente y grave, al no realizar las rondas de vigilancia, que tuvo consecuencias fatales e irreversibles en la vida de una paciente, cuya custodia correspondía a los miembros de la Unidad de Cuidado intensivo, incluyéndolo.
98. Semejante conducta reflejó un craso menosprecio a la vida, salud y seguridad de los pacientes psiquiátricos de esa área. Ante la gravedad de la conducta FHP no tenía que esperar su reiteración para separarlo de empleo. De hecho, ya desde años previos, como confirman sus

evaluaciones, Pagán exhibía un patrón de incumplimiento con las directrices, normas y procedimientos del hospital, constante reto a la autoridad y dejadez, que tuvieron su clímax, en el trágico evento que aconteció esa madrugada. No estamos ante una determinación arbitraria por parte del patrono.

99. Plaza declaró que luego del despido, la Oficina del Procurador del Paciente, realizó una investigación que se concentró en las condiciones físicas de la habitación, las guías de diseño de los hospitales, y no pasaron juicio sobre el desempeño del personal de la unidad de cuidado intensivo. Sostuvo que ese tipo de ducha convencional se había utilizado desde la construcción del hospital en todas las habitaciones sin que previamente ocurrieran eventos de esta naturaleza.
100. Durante el periodo de 3 meses comprendido de julio a septiembre 2009, en los cuales estuvo despedido, Pagán sufragó sus gastos ordinarios con los ahorros del plan 401K que le fueron desembolsados por el FHP, hasta que consiguió un empleo equivalente en septiembre del 2009. (escolios y citas omitidos) (negrillas y subrayado en el original).

Establecido lo anterior, el foro primario concluyó que Pagán fue crasamente negligente en el desempeño de sus funciones.

Específicamente, dispuso:

Desafortunadamente, según la prueba desfilada y creída por este tribunal, él, junto a los demás empleados de la unidad de cuidado intensivo, esa noche fatídica dejaron de realizar las rondas de vigilancia, en los intervalos mínimos requeridos, a los pacientes psiquiátricos que tenían bajo su custodia y cuidado, y que se realizaban precisamente para garantizar su vida y seguridad de estos. . . . La conducta del demandante no tan sólo atentó contra el buen funcionamiento del hospital, sino que puso en riesgo la salud y vida de pacientes del FHP. Su conducta profesional y sus actos constituyeron un peligro para la seguridad de estos. (énfasis en el original).

Además de su historial previo y señalamientos de deficiencia, con su conducta, el demandante demostró mal juicio y una grave falta de cuidado en el desempeño de su labor. Sin duda, su conducta profesional fue impropia. (énfasis en el original).

Empero, determinó que la prueba presentada por el Apelante no estableció que se hubiera incurrido en una conducta protegida por la *Ley contra el Despido Injusto o Represalias a todo Empleado por Ofrecer Testimonio ante un Foro Legislativo, Administrativo o Judicial*, Ley Núm. 115-1991, según enmendada, 29 LPR sec. 194 *et seq.* Cónsono con ello expresó:

Es decir, el demandante infririó, que por lo declarado al Lcdo. Martínez Lloréns, el patrono concluyó que sería un testigo

adverso y que por ello fue despedido. . . . La prueba del demandante, en ningún momento estableció que incurriera en conducta protegida por la Ley 115-1991. Esto es, ofrecer testimonio o intentar ofrecer testimonio ante un foro administrativo, legislativo o judicial. . . . La prueba del demandante no estableció conducta protegida alguna. Esto es, ni que Pagán le manifestara al Lcdo. Martínez que en efecto se proponía testificar en un proceso judicial en contra del hospital, mucho menos que hiciera actos afirmativos para intentarlo. (escolio omitido) (subrayado en el original).

Por último, determinó que el despido del señor Pagán no se encontraba prohibido por la *Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo*, Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, 11 LPRA secs. 1 *et seq.*, debido a que el mismo obró por eventos ocurridos previo a este acogerse al Fondo y existir justa causa. Insatisfecho, el 12 de febrero de 2021, el señor Pagán presentó *Solicitud de enmiendas a las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho adicionales y en solicitud de reconsideración*. En respuesta, el 22 de abril de 2021, el Panamericano presentó *Oposición a solicitud de reconsideración y determinaciones adicionales de hechos*. Examinados los planteamientos esbozados, el 15 de junio de 2021, el foro inferior emitió *Resolución* notificada el 18 de junio de 2021, por virtud de la cual, declaró *sin lugar* la solicitud instada por el Apelante.

Inconforme aun con la determinación emitida por el foro *a quo*, acude ante esta Curia e invoca los siguientes señalamientos de error:

- A) EL TPI INCURRIÓ EN GRAVE ERROR EN LA APRECIACIÓN DE LA PRUEBA AL DEJAR DE DETERMINAR COMO PROBADOS HECHOS PERTINENTES QUE FUERON DECLARADOS POR LOS PROPIOS TESTIGOS DE LA PARTE DEMANDADA-APELADA Y A QUIENES EL TPI ADJUDICÓ CREDIBILIDAD, ASÍ COMO HECHOS PERTINENTES QUE SURGEN DE LA EVIDENCIA ADMITIDA E INCLUSO ESTIPULADA. AL TOMAR EN CONSIDERACIÓN LOS HECHOS PERTINENTES QUE NO FUERON DETERMINADOS COMO PROBADOS POR EL TPI SE DEMUESTRA QUE EL DESPIDO DEL DEMANDANTE-APELATE FUE NO INJUSTIFICADO.
- B) INCURRIÓ EN ERROR EL TPI AL CONCLUIR QUE EL DEMANDANTE-APELANTE FUE CRASAMENTE NEGLIGENTE EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES

A PESAR DE QUE LA PARTE DEMANDADA-APELADA NO PRESENTÓ NINGUNA EVIDENCIA QUE ASÍ LO DEMOSTRARA. POR EL CONTRARIO, EL TESTIMONIO DE LA SRA. PLAZA (TESTIGO DE DEMANDADA) A ESOS EFECTOS FUE CLARAMENTE INCONSISTENTE E INCLUSO FUE CONTROVERTIDO POR LA PROPIA EVIDENCIA DE LA PARTE DEMANDADA.

- C) INCURRIÓ EN ERROR EL TPI EN LA APRECIACIÓN DE LA PRUEBA AL CONCLUIR QUE EL DEMANDANTE-APELANTE INCUMPLIÓ CON LOS PROCESOS DE VIGILANCIA (RONDAS) Y FALSIFICÓ EN CONJUNTO A SUS COMPAÑEROS LOS “ACTIVITY LOGS” AL PRE-DOCUMENTARLOS. EL TPI BASA TAL CONCLUSIÓN EN EL TESTIMONIO DE LA SRA. PLAZA, CUYAS DECLARACIONES A ESOS EFECTOS SON INCONSISTENTES ENTRE SÍ Y NO SE AJUSTAN A LA TOTALIDAD DE LA PRUEBA ADMITIDA, CREÍDA Y/O ESTIPULADA. LO DECLARADO POR LA SRA. PLAZA SE CONTRADICE INCLUSO, CON SUS PROPIOS ACTOS DURANTE LA INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE.
- D) INCURRIÓ EL TPI EN ERROR DE ADMISIÓN ERRÓNEA DE LA PRUEBA CON RESPECTO A LOS TESTIMONIOS DE LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS Y LA DIRECTORA DE MANEJO DE RIESGO CON RESPECTO AL SUPUESTO INCUMPLIMIENTO DEL PERSONAL CON LAS RONDAS DE VIGILANCIA Y LA PRE-DOCUMENTACIÓN DE LOS “ACTIVITY LOGS”.
- E) INCURRIÓ EN CRASO ERROR EL TPI AL VALIDAR LA CONCLUSIÓN DEL GABINETE EJECUTIVO DE LA DEMANDADA A LOS FINES DE QUE EL FACTOR DETERMINANTE PARA LA MUERTE DE LA PACIENTE FUE EL INCUMPLIMIENTO DEL DEMANDANTE Y RESTANTES EMPLEADOS, CON LAS POLÍTICAS DE VIGILANCIA, A PESAR DE QUE LOS PROPIOS TESTIGOS DE LA DEMANDADA, EL INFORME DE INVESTIGACIÓN DE LA OFICINA DEL PROCURADOR DEL PACIENTE Y LA SENTENCIA DEL TPI EN EL CASO DE LOS FAMILIARES DE LA PACIENTES [sic] EN CONTRA DE LA DEMANDADA, ESTABLECEN QUE LA ÚNICA CAUSA DE LA MUERTE (SUICIDIO) FUE EL TIPO DE DUCHA DE LA HABITACIÓN.
- F) EL TPI INCURRIÓ EN ERROR AL APRECIAR LA PRUEBA AL CONCLUIR QUE DESDE EL 2005 AL 2009 SUS EVALUACIONES REFLEJABAN UN DESEMPEÑO DECRECIENTE Y SEÑALAMIENTOS DE CARÁCTER GRAVE COMO TÉCNICO DE SALUD MENTAL DE LA DEMANDADA. ESTA CONCLUSIÓN ES CONTRARIA A LAS PROPIAS ADMISIONES DE LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS CON RESPECTO AL DESEMPEÑO DEL DEMANDANTE Y DE LA INTERPRETACIÓN DE SUS EVALUACIONES.
- G) INCURRIÓ EN ERROR EL TPI AL PASAR POR ALTO QUE EL DEMANDANTE FUE UN EMPLEADO QUE SIEMPRE DEMOSTRÓ PREOCUPARSE POR SUS PACIENTES Y QUE PRESENTÓ INNUMERABLES QUEJAS SOBRE SITUACIONES QUE AFECTABAN PRECISAMENTE LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA LA OBSERVANCIA DE LOS PACIENTES, **PERO QUE SIEMPRE FUE IGNORADO EN SUS JUSTOS RECLAMOS**, PERO QUE AL OCURRIR EL INCIDENTE, LA ADMINISTRACIÓN PROCEDIO DE LA FORMA MÁS FÁCIL PERO INJUSTA, A DESPEDIR A TODO EL PERSONAL Y FUE ENTONCES CUANDO PROCEDIERON A MODIFICAR Y ESTABLECER NUEVOS PROTOCOLOS E INCLUSO CÁMARAS PARA

MEJORAR LA OBSERVANCIA DE LOS PACIENTES TAL CUAL LO HABÍA SOLICITADO EL DEMANDANTE.

- H) INCURRIÓ EN ERROR EL TPI AL CONCLUIR QUE EL DEMANDANTE NO PROBÓ HABER INCURRIDO EN CONDUCTA PROTEGIDA POR LA LEY 115 (LEY DE REPRESALIAS) SIN APLICAR LO RESUELTO POR EL TRIBUNAL SUPREMO EN RIVERA FIGUEROA Y OTROS V. AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS, 177 DPR 345 (2008), CUANDO RECONOCIÓ QUE LA LEY NÚM. 115, SUPRA, PROTEGE LAS EXPRESIONES DEL QUERELLANTE PORQUE ERA PARTE DE UN PROCESO INVESTIGATIVO EN PREPARACIÓN PARA UN TRÁMITE JUDICIAL.
- I) INCURRIÓ EN ERROR EL TPI AL RESOLVER QUE NO SE ACTIVÓ LA PRESUNCIÓN DE QUE EL DESPIDO FUE EN VIOLACIÓN A LA LEY DE COMPENSACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEBIDO A QUE LA RAZÓN DEL DESPIDO OCURRIÓ ANTES DE PAGÁN AL ACOGERSE AL FSE.

Con la comparecencia de ambas partes en el caso de epígrafe, y tras un detenido estudio del expediente y la transcripción de la prueba oral vertida durante el juicio, pasamos a resolver.

II.

A. Estándar de revisión de apreciación de prueba

En nuestro ordenamiento jurídico, la “tarea de adjudicar credibilidad y determinar lo que realmente ocurrió **depende en gran medida de la exposición del juez o la jueza a la prueba presentada . . .**”. *Gómez Márquez et al. v. El Oriental*, 203 DPR 783, 792 (2020) (énfasis suplido). Esto “incluye, entre otros factores, ver el comportamiento del testigo mientras ofrece su testimonio y escuchar su voz”. *Íd.* (citando a *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 771 (2013)). Los tribunales apelativos “no celebramos juicios plenarios, no presenciamos el testimonio oral de los testigos, no dirimimos credibilidad y no hacemos determinaciones de hechos”. *Dávila Nieves*, supra, pág. 770. Se dice que el tribunal incurrió en un error manifiesto “cuando, de un análisis de la totalidad de la evidencia, el tribunal apelativo queda convencido de que se cometió un error, aunque haya evidencia que sostenga

las conclusiones de hecho del tribunal”. *Gómez Márquez et al.*, supra, pág. 793 (cita omitida). Esto implica que “**la apreciación de esa prueba se distancia de la realidad fáctica o es inherentemente imposible o increíble**”. *Íd.* (cita omitida). Véase, también, *Pueblo v. Rivera Montalvo*, 205 DPR 352, 374 (2020). Dicho estándar de revisión, “restringe nuestra facultad para sustituir el criterio del foro primario a escenarios en los que de la prueba admitida **no exista base suficiente que apoye tal determinación**”. *Pueblo v. Toro Martínez*, 200 DPR 834, 859 (2018) (escolio omitido) (énfasis en el original).

Por lo tanto, como foro apelativo, no nos corresponde intervenir “**con la apreciación de la prueba, la adjudicación de credibilidad y las determinaciones de hechos que realizan los tribunales de instancia . . .**”. *Gómez Márquez et al.*, supra, pág. 793 (énfasis suplido). Por excepción, intervendremos si “el juzgador actuó movido por pasión, prejuicio o parcialidad o . . . incurrió en error manifiesto”. *Íd.* (cita omitida). En ese caso, “debemos verificar primordialmente si el juez de Primera Instancia cumplió su función de adjudicar de manera imparcial, pues solo así podremos descansar en sus determinaciones de hechos”. *Íd.* (cita omitida).

B. Justa causa para despido

La *Ley sobre Despidos Injustificados*, Ley Núm. 80 de 30 de mayo de 1976, según enmendada, 29 LPRA secs. 185a *et seq.* (“Ley 80”) establece un esquema probatorio muy particular, en aras de adelantar el fin de proteger a la clase trabajadora.

En una acción por despido injustificado incoada por un empleado, es **el patrono quien tiene el peso de la prueba para establecer que el despido estuvo justificado**. Así pues, como parte del esquema de protección laboral implantado a través de la Ley 80, una vez se presenta una acción para alegar un despido sin justa causa **se activa una presunción de que el despido fue injustificado y recae sobre el patrono la obligación de rebatirla**. Para ello **tiene**

que probar, mediante preponderancia de la evidencia, los hechos constitutivos de alguno de los fundamentos eximentes de responsabilidad *SLG Zapata-Rivera v. J.F. Montalvo*, 189 DPR 414, 428–29 (2013) (énfasis suplido) (citas omitidas).³

La Ley 80 “no establece específicamente qué constituye un despido injustificado. Sin embargo, menciona varios escenarios que liberan al patrono de responsabilidad”. *Indulac v. Cent. Gen. de Trabajadores*, 207 DPR __, 2021 TSPR 78, pág. 18 (2021). Si este escenario se fundamenta en la conducta del empleado,

se ha dispuesto que se considerarán como justa causa para el despido las acciones siguientes: (1) ha exhibido un patrón de conducta impropia o desordenada;(2) no ha cumplido con sus labores de manera eficiente, ha realizado su trabajo tarde o negligentemente o en violación a las normas aplicables, o (3) ha violado reiteradamente aquellas reglas y reglamentos razonablemente establecidos para la operación del establecimiento y los cuales le han sido suministrados oportunamente. *Íd.* (escolio omitido).

“No se considerará despido por justa causa aquel que se hace por mero capricho del patrono o sin razón relacionada con el buen y normal funcionamiento del establecimiento”. *Íd.* (corchetes omitidos). Claramente, “el estatuto no prevé el universo de incidencias que puedan surgir en un entorno laboral y que desemboquen en la cesantía de un empleado”. *Íd.* Por lo tanto, “no dispone una lista taxativa de las circunstancias que pueden dar lugar a un despido por justa causa”. *Íd.*

Esta realidad obedece a que la Ley Núm. 80, “no favorece el despido como sanción a la primera falta cometida por un empleado”. Sin embargo, aunque la Ley no favorece el despido como sanción a la primera falta, esta no es una norma absoluta. Este Tribunal ha resuelto que existen circunstancias en las que **una sola ofensa o primera falta** pudieran justificar un despido. Así pues, este curso de acción podría considerarse justificado si dicha acción u omisión, por su gravedad y potencial de agravio, pone en riesgo la seguridad, el orden y la eficiencia que constituye el funcionamiento de la empresa. *Íd.* (escolios y supra omitidos) (énfasis en el original).

Es decir . . . una sola ofensa puede constituir justa causa para el despido. Ahora bien, dicha falta debe ser de tal seriedad o naturaleza que revele una actitud o un detalle del carácter del empleado, tan lesivo a la paz y al buen orden de la empresa, **que constituiría imprudencia esperar su**

³ Véase, Jorge Farinacci Fernós, *Interpretación Liberal: Presunciones Probatorias En La Legislación Protectora Del Trabajo*, 83 REV. JUR. UPR 15, 64-70 (2014).

reiteración para separarlo del establecimiento. De modo, que lo esencial es que del agravio perpetrado por el empleado ponga de manifiesto una condición, que dentro del contexto del empleo sea inaceptable o intolerable, independientemente de que se trate de una primera falta. *Íd.* (escolio omitido) (énfasis suplido).

C. Represalias

Al amparo de la *Ley contra el Despido Injusto o Represalias a todo Empleado por Ofrecer Testimonio ante un Foro Legislativo, Administrativo o Judicial*, Ley Núm. 115-1991, según enmendada, 29 LPRA secs. 194 *et seq.*, (“Ley 115”) establece que:

Ningún patrono podrá despedir, amenazar o discriminar contra un empleado con relación a los términos, condiciones, compensación, ubicación, beneficios o privilegios del empleo **porque el empleado ofrezca o intente ofrecer, verbalmente o por escrito, cualquier testimonio**, expresión o información ante un foro legislativo, administrativo o judicial en Puerto Rico, **así como el testimonio, expresión o información que ofrezca o intente ofrecer, en los procedimientos internos establecidos de la empresa**, o ante cualquier empleado o representante en una posición de autoridad, cuando dichas expresiones no sean de carácter difamatorio ni constituyan divulgación de información privilegiada establecida por ley. 29 LPRA § 194b(a)(énfasis suplido).

El **empleado deberá probar la violación mediante evidencia directa o circunstancial.** El empleado **podrá** además **establecer un caso prima facie** de violación a la ley **probando que participó en una actividad protegida por esta ley y que fue subsiguientemente despedido**, amenazado o discriminado en su contra de su empleo. Una vez establecido lo anterior, **el patrono deberá alegar y fundamentar una razón legítima** y no discriminatoria para el despido. De alegar y fundamentar el patrono dicha razón, **el empleado deberá demostrar que la razón alegada por el patrono era un mero pretexto para el despido.** 29 LPRA § 194b(c) (énfasis suplido).⁴

En lo pertinente, mediante la Ley Núm. 169-2014, fue que se enmendó la Ley 115 a los fines de proteger los testimonios, expresiones o información que brindara un empleado durante los procesos internos de la empresa. Asimismo, “se puede configurar un caso *prima facie* de represalias estableciendo que la acción adversa ocurrió al ‘poco tiempo’ del empleado haber participado en la actividad protegida”. *Velázquez Ortiz v. Mun. de Humacao*, 197 DPR 656, 671 (2017).

⁴ *Íd.*, en las págs. 71–78.

D. Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo

La *Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo*, Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, 11 LPRA secs. 1 *et seq.* (“Ley 45”) provee mecanismos que atienden y compensan a los trabajadores que padecen, entre otros, lesiones o enfermedades derivadas de la ocupación ejercida en el curso del empleo. Exposición de Motivos de la Ley 45. Así pues, entre los principios de su política pública se garantiza “al trabajador lesionado el mejor y más rápido tratamiento que la ciencia médica sea capaz de proveerle de manera que éste pueda reintegrarse a su empleo regular, totalmente restablecido de sus lesiones, a la mayor brevedad posible”. 11 LPRA sec. 1a(b). En la alternativa, se proveen programas de rehabilitación vocacional. *Íd.* Para lograr tales propósitos la propia Ley 45 creó la Corporación del Fondo del Seguro del Estado. 11 LPRA sec. 1b.

En lo pertinente, la Ley 45 dispone que, si un trabajador queda inhabilitado para llevar a cabo la ocupación que le provocó la enfermedad o la lesión, se le tendrá que reservar el empleo. Específicamente, el citado estatuto establece lo siguiente:

En los casos de inhabilitación para el trabajo de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, el patrono vendrá obligado a reservar el empleo que desempeñaba el obrero o empleado al momento de ocurrir el accidente y a reinstalarlo en el mismo, sujeto a las siguientes condiciones: . . .(2) que el obrero o empleado esté mental y físicamente capacitado para ocupar dicho empleo en el momento en que solicite del patrono su reposición, y (3) que dicho empleo subsista en el momento en que el obrero o empleado solicite su reposición. . . . Si el patrono no cumpliere con las disposiciones de este artículo vendrá obligado a pagar al obrero o empleado o a sus beneficiarios los salarios que dicho obrero o empleado hubiere devengado de haber sido reinstalado, además le responderá de todos los daños y perjuicios que le haya ocasionado. 11 LPRA sec. 7.

Además, el Tribunal Supremo ha determinado “que cuando un empleado acude al Fondo para acogerse a los beneficios provistos por la Ley Núm. 45, tal proceder constituye una

actividad protegida por la Ley Núm. 115. Ello, pues, el Fondo constituye un foro administrativo protegido por el citado estatuto”. *Rentas Santiago v. Autogermana, Inc.*, 182 DPR 759, 766 (2011) (Sentencia). Sin embargo, la protección que ofrece la aludida legislación no es absoluta. *Santiago v. Kodak Caribbean, Ltd.*, 129 DPR 763, 770 (1992). Ello, pues si hubo una conducta del empleado que constituya justa causa y la cual fue previa al accidente que permitió que acudiera a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, la Ley no impedirá que pueda proceder el despido. *Íd.*

III.

Expuesto el marco jurídico, luego de un estudio detenido del expediente bajo consideración y la transcripción de la prueba oral, procedemos a resolver. En primer lugar, previo a adjudicar los méritos de los señalamientos, corresponde aclarar que nos encontramos ante una reclamación de despido injustificado y represalias. Por lo tanto, nada de lo que se expondrá próximamente repercute en la causa o responsabilidad de la muerte de la paciente Villalongo. Si bien tales hechos son la base de las acciones presentadas, nuestra intervención en el presente caso se limitará a establecer si el foro de instancia erró o no al determinar que hubo justa causa para el despido del señor Pagán, lo que conllevó a declarar No Ha Lugar la *Demanda* presentada. Aclarado lo anterior, previo a desarrollar los señalamientos relacionados a la Ley 80, discutimos a continuación los errores H e I.

En el señalamiento de error H, el señor Pagán aduce que la razón para que lo despidieran fue el hecho de que este habló con los abogados del Panamericano, mientras realizaban la

investigación correspondiente relacionada a lo ocurrido durante el 25 y 26 de abril de 2009, pues anticipaban pleitos judiciales. En la reunión efectuada con los abogados, el señor Pagán expresó que, si lo llamaban a testificar con relación a alguna demanda relacionada a los pacientes, este diría toda la verdad.⁵ El Apelante esboza que su testimonio resultaría adverso al Panamericano, por lo que incurrió en conducta protegida por la Ley 115 al otorgar su versión de los hechos al abogado del Panamericano. Por tal acontecimiento, alega que fue despedido por represalias. No obstante, cabe destacar que las enmiendas a la Ley 115 fueron posteriores a las expresiones realizadas por el Apelante hacia los abogados del Panamericano durante el curso de la investigación e, incluso, luego de su despido. Establecido lo anterior, del expediente bajo consideración no se desprende que el despido se efectuara por las expresiones esbozadas a los abogados, como actividad o práctica protegida. Todo lo contrario, como expondremos en detalle próximamente, ante el foro primario se demostró que al Apelante se le despidió del empleo por negligencia e incumplimiento con sus labores, entre otros, durante el 25 y 26 de abril de 2009.

De otra parte, en el error señalado I, el Apelante sostiene que fue despedido mientras recibía tratamiento en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, por lo que se activó la presunción de que se le despidió en contravención a la Ley 45. Sin embargo, contrario a lo que arguye el Apelante, este último no estaba inhabilitado para el trabajo, pues si bien su despido se efectuó mientras tomaba el tratamiento, este continuó laborando. Sumado a lo anterior, así como expondremos a continuación, del

⁵ Transcripción de la Prueba oral ("TPO") del 19 de diciembre de 2018, págs. 20, 22.

expediente se desprende que el despido del señor Pagán no guarda relación con el hecho de que este último estuviera recibiendo tratamiento en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, sino por conductas previas, las cuales fueron base para el despido. *Santiago v. Kodak Caribbean, Ltd.*, supra. Cónsono con ello, debido a que se encuentran íntimamente relacionados, discutimos a continuación los señalamientos de error A, B, C, D, E, F y G.

En su recurso apelativo, el Apelante sostiene que, de la prueba desfilada durante el juicio, no se demostró que el despido fue justificado, pues no se presentó evidencia que demostrara alguna negligencia que haya incurrido durante el desempeño de su trabajo o que incumplió con los procesos de vigilancia. Además, asegura que no se probó la falsificación de los “activity logs” o que tuvo un desempeño decreciente como técnico de salud mental. Por el contrario, el señor Pagán afirma que su preocupación por los pacientes lo llevó a presentar las quejas que afectaban al personal y las cuales siempre fueron ignoradas. En cuanto al error denominado como D, más allá de desarrollar el señalamiento por admisión errónea de prueba, el Apelante más bien argumenta sobre error en la apreciación de los testimonios vertidos ante el foro de instancia, discusión a la cual nos circunscribiremos.

Ahora bien, conforme a la Ley 80, el Panamericano debía demostrar que el despido del Apelante se debió a una causa justificada y establecer los hechos constitutivos de esa causa o conducta que lo ameritaba. Así como se desprende de la transcripción de la prueba oral, el Panamericano demostró ante el foro *a quo* que el despido se debió a los incumplimientos

incurridos por parte del Apelante durante la fecha en que murió la paciente Villalongo. Sumado a lo anterior, de igual forma se demostró que previo al incidente ocurrido, al señor Pagán se le había amonestado por incumplimiento con las normas establecidas y se le había evaluado con un desempeño laboral que iba decreciendo.

Al examinar detenidamente la transcripción de la prueba, de la misma surge que el señor Pagán era el técnico de salud mental asignado a la Unidad de Cuidado Intensivo y quien era responsable de dar las rondas en intervalos de quince minutos o menos durante el 25 y 26 de abril de 2009, fecha en que ocurrió la muerte de la paciente.⁶ Lo anterior, pues, durante el turno del contrainterrogatorio de quien fuera la Directora Divisional de Calidad y Manejo de Riesgo, la Sra. Rebecca Plaza Robles, se demostró que cuando la paciente fue admitida esa noche del 25 de abril de 2009, se le colocó un nivel de vigilancia LV, lo que significaba que requería “darle una ronda con intervalos de quince minutos o menos, y documentar en qué condición estaba y dónde estaba la paciente”.⁷

De igual forma, la Sra. Rebecca Plaza Robles aceptó que, durante la investigación realizada luego de lo ocurrido, los empleados habían admitido que esa noche no dieron las rondas con la frecuencia requerida en la política de observancia.⁸ Sobre este particular, la testigo explicó que los empleados le indicaron que “habían pacientes disruptivos, desorganizados que estaban atendiéndolos en ese momento en que no pudieron hacer la ronda”.⁹ Así pues, ante preguntas de los riesgos que conllevaba

⁶ TPO del 30 de octubre de 2018, pág. 21.

⁷ *Íd.*, a la pág. 20.

⁸ TPO del 11 de octubre de 2018, pág. 117.

⁹ *Íd.*

no hacer las rondas, se demostró que se encontraba el que los pacientes se pudieran hacer daño porque no estaban vigilados.¹⁰ Asimismo, luego de asegurar que los técnicos de salud mental tenían que hacer las rondas cada quince minutos y que se debía documentar en un “activity log”, la Sra. Rebecca Plaza Robles negó que en el turno de 11:00 pm a 7:00 am de la aludida fecha, hubo comentarios por parte de los técnicos que dieron ronda esa noche.¹¹ Además, la testigo aclaró que ello no debía ser normal y aceptó que tanto el hecho de no documentar, como el no realizar las rondas cada quince minutos o antes era una violación a la política de vigilancia.¹²

Por si fuera poco, el propio señor Pagán reiteradamente admitió en Corte abierta que el “activity log” no necesariamente lo completaba quien realizaba la ronda y que él llenaba un “activity log” para rondas que no realizaba.¹³ Sobre lo anterior, también admitió que tal proceder no estaba autorizado por la política de niveles de observación.¹⁴ Con relación a la paciente Vilallongo, el Apelante aceptó que no sabía si pasó o no más tiempo de los quince minutos para dar la ronda a la paciente.¹⁵ Además, conforme a una deposición realizada en el año 2015, el Apelante aceptó que en la reunión que tuvo con los abogados del Panamericano, le dijo a estos últimos que durante el evento ocurrido con la señora Villalogo no se habían efectuado las rondas como decía el “log”.¹⁶

Por otro lado, la Sra. Shirley Ayala, quien fuera la Directora de Recursos Humanos para la fecha en que ocurrió el

¹⁰ *Íd.*, a la pág. 118.

¹¹ *Íd.*, a la pág. 123.

¹² *Íd.*, a la págs. 123-124.

¹³ *Íd.*, a la págs. 64-67.

¹⁴ TPO del 19 de diciembre de 2018, págs. 90- 91.

¹⁵ *Íd.*, a la págs. 78-79.

¹⁶ *Íd.*, a la pág. 85.

incidente, testificó sobre la información que surgió de los “activity logs” cuando estaban investigando lo sucedido con la paciente Villalongo. En lo pertinente, la testigo declaró sobre los “activity logs” lo siguiente:

Que se habían completado antes de que pasara la . . . se llenaron con anticipación. O sea, que ya a las . . . por decir una hora, a las 2:00 de la mañana, ya habían completado y habían firmado el “activity log” a la salida que era a las 7:30 de la mañana. . . . Así que era imposible detectar, verdad, o encajar en el “activity log” lo que pasó a la hora que pasó de la muerte de la paciente porque ya estaba completado el “activity log”. Además se admitió, ellos admitieron, que no habían dado la ronda en el período establecido que era de quince minutos.¹⁷

Posteriormente, la Sra. Shirley Ayala testificó lo siguiente:

Así es que todo caso se investiga por separado y se evalúa por separado. Pero, en este caso, pues sí hubo . . . dos (2) admisiones importantes, verdad, de que no se había hecho la ronda en el período establecido y que se había completado el documento, porque era obvio que cuando se encontró ya estaba completado. O sea, se completó . . . a la fecha en que sucedió el evento ya estaba completado como que todo estaba perfectamente bien.¹⁸

Cabe destacar que además de los hechos suscitados el 25 y 26 de abril de 2009, respecto a las evaluaciones efectuadas al señor Pagán, se demostró que en la evaluación realizada para el periodo del año 2005-2006 le habían señalado que debía ser más receptivo ante nuevas tareas asignadas y ante nuevas políticas e instrucciones de su supervisor.¹⁹ Asimismo, en el acápite relacionado a si el señor Pagán cumplía con las políticas, normas y reglamentos de la institución, se le otorgó una puntuación de 3, lo que reflejó que de un año a otro decreció en su desempeño.²⁰ De igual modo, en las áreas que podía mejorar se le indicó que debía “focalizar más en vigilancia, rondas, “round status””.²¹ Por otra parte, el 6 de enero de 2008, se le entregó un reporte disciplinario al señor Pagán, lo que era equivalente a una carta

¹⁷ TPO del 30 de enero de 2019, págs. 18-19.

¹⁸ *Íd.*, a la pág. 33.

¹⁹ TPO del 1 de noviembre de 2018, págs. 74-75.

²⁰ *Íd.*, a la págs. 75-78, 82-83.

²¹ *Íd.*, a la pág. 79.

de amonestación, el cual estaba firmada por el Apelante.²² En el mismo, al señor Pagán se le hizo un señalamiento por incumplimiento con las normas relacionado a “[p]ermitir que empleado duerma cuando está vigilando pacientes en horas laborables”.²³

Por virtud de los hechos anteriormente reseñados y creídos por el foro *a quo*, sin duda, el Panamericano logró rebatir la presunción del despido del señor Pagán, pues demostró que hubo justa causa para el mismo. Ante el foro primario, se demostró que, durante la fecha del 25 al 26 de abril de 2009, el Apelante incumplió con sus labores, por lo que violentó las normas aplicables. *Indulac v. Cent. Gen. de Trabajadores*, supra. Además, según se desprende de la transcripción, conforme a las propias admisiones del señor Pagán, los empleados que estaban a cargo de la Unidad de Cuidado Intensivo en esa fecha del 25 al 26 de abril 2009 o fueron despedidos o renunciaron para el mes de junio de 2009.²⁴

Ciertamente, el hecho de no realizar las rondas durante el término establecido y completar los “activity logs” con anticipación a realizar las mismas, no solo era contrario a la reglamentación vigente, sino que tal proceder e inobservancia atentaba contra la seguridad de los pacientes. De las omisiones y actos según probados ante el foro de instancia y realizados en la aludida fecha por el señor Pagán hubo varias consecuencias, entre ellas, la necesidad de su despido. Al limitarnos a los sucesos acontecidos durante el 25 al 26 de abril de 2009, el Apelante obró de forma tal que, bajo el contexto del empleo realizado, sus actos

²² *Íd.*, a la págs. 85- 88.

²³ *Íd.*, a la págs. 88-89.

²⁴ TPO del 11 de diciembre de 2018, págs. 46-47.

y omisiones son totalmente inaceptables. No obstante, previo a lo sucedido durante el 25 y 26 de abril de 2009, también se logró demostrar que al señor Pagán se le había amonestado y que la ejecución de desempeño iba decreciendo. Por ello, la propia prueba presentada ante el foro primario nos impide concluir que este último erró al determinar que el Apelante incurrió en negligencia crasa, que incumplió con las rondas diseñadas, que falsificó “activity logs” y que tuvo un desempeño decreciente. Más allá de que nos encontremos ante una sola falta grave por parte del Apelante, el suceso ocurrido durante el 25 y 26 de abril de 2009 colmó lo ya anteriormente señalado, por lo que hubiera sido una imprudencia del Panamericano no separar al señor Pagán del empleo.

Como corolario, conforme a la prueba desfilada ante el foro *a quo* y según surge de la propia transcripción, no podemos concluir que el despido del Apelante fue arbitrario o se hizo por mero capricho del Panamericano. El foro primario creyó la prueba testifical presentada por el Panamericano y no el testimonio vertido por el Apelante. Ante la ausencia de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto por parte del foro primario en cuanto a la apreciación de la prueba, no intervendremos en la adjudicación de credibilidad. *Gómez Márquez et al.*, supra. Dado a que las determinaciones de hechos se encuentran apoyadas en base suficiente y que se sostienen con la prueba presentada, estamos impedidos de sustituir el criterio del foro de instancia por el nuestro. Por lo tanto, determinamos que el foro *a quo* no incurrió en los errores señalados, razón por la cual procede confirmar la *Sentencia* apelada.

IV.

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

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

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