

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
EN EL TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL VI

CARMEN M. BÁEZ
RIVERA, su esposo
NÉSTOR NAZARIO
MORENO Y LA
SOCIEDAD LEGAL DE
GANANCIALES

Apelantes

v.

DR. JOSÉ R. CRUZ
CESTERO, ET AL.

Apelados

KLAN202300307

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia,
Sala Superior de
Ponce

Civil Núm.
J DP2013-0471

Sobre:
IMPERICIA
MÉDICA/DAÑOS Y
PERJUICIOS

Panel integrado por su presidente el Juez Bonilla Ortiz,
el Juez Pagán Ocasio y el Juez Marrero Guerrero¹.

Bonilla Ortiz, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 31 de agosto de 2023.

Comparecen ante este foro la Sra. Carmen M. Báez Rivera (señora Báez), el Sr. Néstor Nazario Moreno (señor Nazario) y la Sociedad Legal de Gananciales compuesta por ambos (en conjunto, "parte apelante"), y nos solicita que revoquemos la *Sentencia* dictada por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Ponce, la cual fue notificada el 16 de febrero de 2023. En virtud de esta, el foro primario desestimó la *Demanda* de autos, debido a falta de prueba pericial.

Por los fundamentos que se exponen a continuación, se **REVOCA** la *Sentencia* apelada.

I.

El 21 de octubre de 2013, la parte apelante presentó una *Demanda* sobre daños y perjuicios en contra del Dr. José Cruz Cestero (doctor Cruz), del Dr. Rafael Vázquez

¹ En virtud de la Orden Administrativa OATA-2023-116, se designa al Hon. Ricardo G. Marrero Guerrero en sustitución de la Hon. Olga E. Birriel Cardona.

Pelyhe (doctor Vázquez), el Hospital San Cristóbal y sus respectivas compañías aseguradoras (en conjunto, "parte apelada").² Alegó que la parte apelada incurrió en negligencia por impericia médica al realizarle dos bloqueos, uno cervical y otro lumbar, causándole daños en su cordón espinal.

Como remedio, la señora Báez, reclamó una suma aproximada de \$800,000.00, por concepto de angustias físicas y mentales; \$300,000.00 por incapacidad física y mental; \$20,000.00 por gastos médicos; y \$5,000.00 por daños económicos o pecuniarios. Mientras que, el señor Nazario reclama una suma aproximada de \$300,000.00 por los daños recibidos y que aún ha continuado recibiendo.

Por su parte, el 8 de enero de 2014, el doctor Cruz contestó la demanda.³ En específico, presentó varias defensas afirmativas, entre ellas, que el tratamiento médico ofrecido a la señora Báez, tiene una presunción de corrección a su favor, debido a que, utilizó un grado médico razonable de cuidado y el tratamiento fue el adecuado. En esencia, negó las alegaciones de negligencia formuladas en la *Demanda*, razón por la cual rechazó ser responsable del alegado daño. De igual forma, los demás apelados, presentaron su contestación a la demanda, y negaron las alegaciones principales e incluyeron varias defensas afirmativas.⁴

Luego de varias incidencias procesales, el 28 de mayo de 2019 dio inicio el juicio. Como parte del

² *Demanda*, págs. 180-183 del apéndice del recurso.

³ *Contestación a la Demanda*, págs. 184-187 del apéndice del recurso.

⁴ Véase, págs. 192-205 del apéndice del recurso. El 13 de julio de 2017, el Tribunal de Primera Instancia notificó una *Sentencia Parcial* por estipulación, en contra de Quality Health Services of PR h/n/c Hospital San Cristóbal. Véase, págs. 208-209 del apéndice del recurso. El 13 de diciembre de 2018, el foro primario, notificó una *Sentencia por Desistimiento Parcial* en contra del Dr. Rafael Vázquez Pelyhe, y su aseguradora SIMED. Véase, págs. 206-207 del apéndice del recurso.

desfile de prueba testifical de la parte apelante el foro de instancia tuvo ante sí el testimonio de la señora Báez, el señor Nazario, la señora Elsa Ivette Báez, el doctor Cruz, el doctor Vázquez, y el Dr. Boris Rojas Rodríguez. Mientras, que la parte apelada ofreció el testimonio del doctor Cruz, y el Dr. Renier Méndez. Por consiguiente, tras evaluar la prueba testifical y documental recibida, el 16 de febrero de 2023, el foro primario notificó la *Sentencia* apelada.⁵ Mediante esta, declaró **No Ha Lugar** a la *Demanda* presentada por la parte apelante, debido a que hubo ausencia y falta de prueba pericial objetiva sobre los alegados daños, y su vínculo hacia el doctor Cruz.

Por su pertinencia, a continuación, reseñamos algunas incidencias ocurridas durante el desfile de la prueba testifical en la vista en su fondo. Como parte del examen directo, la señora Báez declaró que había acudido a la oficina del doctor Cruz, puesto que, tenía mucho dolor en la parte alta del cuello.⁶ Por lo que, el doctor Cruz le ordenó varios estudios, y le recomendó realizarse un bloqueo.⁷ La parte apelante manifestó que la parte apelada no le explicó lo que era un bloqueo, ni lo que conllevaba, solamente le entregó un sobre para que lo llevara a admisiones.⁸

De otra parte, la señora Báez sostuvo que el día del procedimiento no recordaba cómo había salido del hospital, solo cuando despertó y estaba en el hogar de envejecientes de su hermana.⁹ Añadió que esos días que estuvo en el hogar, "me levantaban de la cama, me ponían

⁵ *Sentencia*, págs. 1-73 del apéndice del recurso.

⁶ Transcripción prueba oral (TPO) del 28 de mayo de 2019, pág. 21.

⁷ *Íd.*, pág. 23.

⁸ *Íd.*, pág. 24.

⁹ *Íd.*, págs. 29-30.

en un sillón de ruedas y me llevaban a bañarme y me daban una comida blandita.”¹⁰ Expresó que comenzó a usar “pampers”, cuando antes de la intervención no los usaba.¹¹ Además, que aun cuando tenía unas condiciones preexistentes, como el túnel carpal y una prótesis en su rodilla, podía realizar cosas que luego del bloqueo no ha podido.¹² “[D]espués del bloqueo me tienen que hacer todo. Ayudarme a bañar, ayudarme a vestir, ayudarme a peinarme. Mi hermana me lleva a recortar, me viste. Cuando tengo cita médica me acompaña porque al usar pampers lo mojo y para no quemarme ella me acompaña y me lo cambia.”

De otra parte, el doctor Cruz en su testimonio reconoció que, el estudio que le mandó hacer a la señora Báez previo al procedimiento indicaba que el cordón espinal tenía una intensidad normal y no tenía compresión en el mismo.¹³ A preguntas sobre si en el expediente de la señora Báez, él escribió que le explicó el procedimiento y los posibles riesgos que el bloqueo podría conllevar, el doctor Cruz indicó que “no”.¹⁴ A su vez, admitió que no tenía copia del consentimiento sobre el procedimiento en el expediente de su oficina.¹⁵

Por estar en desacuerdo con el dictamen del foro de instancia, la parte apelada presentó *Moción Solicitando se Enmienden las Determinaciones de Hecho y se incluyan Determinaciones Adicionales y de Reconsideración*.¹⁶ Sin embargo, mediante *Resolución* notificada el 14 de marzo

¹⁰ *Íd.*, pág. 29.

¹¹ *Íd.*, pág. 32.

¹² *Íd.*, pág. 34.

¹³ TPO del 3 de junio de 2019, pág. 15.

¹⁴ *Íd.*, págs. 15-16.

¹⁵ *Íd.*, pág. 16.

¹⁶ *Moción solicitando se enmiende las determinaciones de hecho y se incluyan determinaciones adicionales y de Reconsideración*, págs. 74-128 del apéndice del recurso.

de 2023, la referida solicitud fue declarada no ha lugar.¹⁷

Aún inconforme, el 12 de abril de 2023, la parte apelante presentó la *Apelación* de epígrafe. Mediante esta, planteó que el foro primario cometió los siguientes errores:

PRIMER ERROR: El TPI incurrió en un error manifiesto, prejuicio y parcialidad en la apreciación de la prueba desfilada en el juicio, en especial la prueba pericial, pues no utilizó los criterios que establece la Regla 702 de Evidencia para adjudicar valor probatorio de los testimonios periciales y omitió relacionar correctamente los hechos ocurridos conforme demostrados en el juicio.

SEGUNDO ERROR: Erro el TPI al concluir que la demandante no probó su caso ni rebatió la presunción de corrección del Dr. Cruz Cestero, aun cuando el TPI había declarado No Ha Lugar una moción de *nonsuit* y posteriormente la prueba de los apelados favoreció a la parte apelante compareciente.

TERCER ERROR: Erró el TPI al concluir en la página 68 de la sentencia que "Adelantamos que no existe un solo documento en todos los expedientes médicos de la demandante que demuestre directa o fehacientemente que hubo un daño al cordón espinal o que tan siquiera el demandado haya tocado dicho cordón espinal al momento de la intervención". Cuando la realidad es que se admitió prueba objetiva de que el apelado lesionó el cordón espinal de la demandante durante el procedimiento.

CUARTO ERROR: Erró el TPI al concluir que hubo consentimiento informado.

El 12 de junio de 2023, las partes presentaron la transcripción de la prueba oral estipulada. El 14 de julio de 2023, la parte apelante presentó un alegato suplementario. Por su parte, el 14 de agosto de 2023 la parte apelada, presentó su alegato, por lo que, con el beneficio de la comparecencia de las partes y del

¹⁷ Resolución, págs. 129-130 del apéndice del recurso.

análisis de la transcripción de la prueba oral procedemos a resolver.

II.

-A-

Nuestro Tribunal Supremo ha puntualizado 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 instancia. *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 DPR 717, 741 (2007).

Al respecto, la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2, expresamente dispone que las determinaciones de hechos de los tribunales de primera instancia basadas en testimonio oral, como norma general, no se dejarán sin efecto. Ello, a menos que sean claramente erróneas y que, además, se debe dar consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de los testigos.

La deferencia que los foros revisores debemos hacia el foro primario responde al hecho de que es el juez sentenciador quien tiene la oportunidad de recibir y apreciar toda la prueba oral presentada, así como de escuchar la declaración de los testigos y evaluar su conducta y confiabilidad. *Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones*, 176 DPR 31, 67 (2009); *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 135 (2004). Esto es así, pues se trata del juez ante quien declaran los testigos. Es, además, quien tiene la oportunidad de verlos y observar su manera de declarar, apreciar sus gestos, titubeos, contradicciones y todo su comportamiento mientras declaran. Todos estos factores van formando

gradualmente en su conciencia la convicción en cuanto a si dicen la verdad. *Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones*, supra, pág. 68. Por tanto, le compete al foro apelado la tarea de aquilatar la prueba testifical que ofrecen las partes y dirimir su credibilidad. *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 776-777 (2011).

No obstante, la doctrina de deferencia judicial no es de carácter absoluto, pues 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. *Pueblo v. Irizarry Irizarry*, 156 DPR 780, 797-798 (2002). Por lo tanto, como foro apelativo, podemos intervenir con la apreciación de la prueba oral que haga el Tribunal de Primera Instancia, cuando dicho foro actúe con pasión, prejuicio o parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla. *González Hernández v. González Hernández*, supra; *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, 180 DPR 894, 916 (2011); *Meléndez v. Caribbean Int'l News*, 151 DPR 649, 664 (2000).

Por consiguiente, podremos intervenir cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y, cuando dicho ejercicio se distancie de la realidad fáctica o cuando esta sea inherentemente imposible o increíble. *González Hernández v. González Hernández*, supra, pág. 777; *Pueblo v. Santiago et al.*, 176 DPR 133, 148 (2009). Sin embargo, se exceptúan de la regla de deferencia las determinaciones de hechos que se apoyan exclusivamente en prueba documental o pericial, ya que los tribunales apelativos estamos en

idéntica posición que el tribunal inferior al examinar ese tipo de prueba. *González Hernández v. González Hernández*, supra.

En fin, si no percibimos que el Tribunal de Primera Instancia haya cometido un error manifiesto en la aplicación del derecho, que haya indicios de pasión, prejuicio o parcialidad en la apreciación de la prueba, no nos corresponde sustituir el juicio de dicho foro por nuestras apreciaciones, basadas únicamente en un examen del expediente del caso. Ello, a menos que, luego de realizar un balance racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y de los documentos que obran en autos, llegamos a conclusiones distintas a las del foro primario. *González Hernández v. González Hernández*, supra, págs. 776-777.

-B-

El Artículo 1802 del derogado Código Civil de 1930, dispone que “[e]l que por acción u omisión causa un daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141.¹⁸ Mientras, en lo pertinente, el Artículo 1868, 31 LPRA sec. 5298, dispone un término prescriptivo de un año para incoar aquellas acciones de daños y perjuicios en donde haya mediado culpa o negligencia. El referido término comienza a transcurrir cuando la parte perjudicada descubre -o puede descubrir- el daño, quién lo causó, así como todos los elementos

¹⁸ Aclaremos que el derecho aplicable al caso de autos se remite al derogado Código Civil de Puerto Rico de 1930, debido a que la presentación de la *Demanda* y los hechos en que esta se basa ocurrieron previo a la aprobación del nuevo Código Civil de Puerto Rico, Ley Núm. 55-2020, según enmendado, que constituye el estado de derecho vigente.

necesarios para poder ejercitar su causa de acción. Artículo 1868, del Código Civil, 31 LPRA sec. 5298 supra.

En las causas de acción por daños y perjuicios, deben concurrir los siguientes elementos: (1) la presencia de un daño físico o emocional en la persona demandante; (2) que haya surgido a raíz de un acto u omisión culposo o negligente del demandado; y, (3) que exista un nexo causal entre el daño sufrido y dicho acto u omisión. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 843 (2010); *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 150 (2006); *Rivera v. SLG Díaz*, 165 DPR 408, 421 (2005).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha definido la culpa o negligencia como la falta del debido cuidado, o sea, el no anticipar o prever las consecuencias racionales de un acto u omisión, que una persona prudente y razonable hubiera previsto bajo las mismas circunstancias. *Montalvo v. Cruz*, 144 DPR 748, 755-756 (1998). Para determinar la previsibilidad del daño, no es necesario que se haya anticipado el mismo en la forma precisa en que ocurrió, basta con que el daño ocasionado sea la consecuencia natural y probable del acto u omisión. *Tormos Arroyo v. DIP*, 140 DPR 265, 274 (1996). A dicha teoría se le conoce como la causalidad adecuada. Esta establece que no es causa toda condición peligrosa que produzca un resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. *Toro Aponte v. ELA*, 142 DPR 464, 474 (1997); *Parrilla v. Ranger American of PR*, 133 DPR 263, 270-271 (1993).

En casos de mala práctica procedente de la responsabilidad civil de un médico, es necesario que el promovente de la acción presente prueba satisfactoria sobre: la lesión sufrida, las normas mínimas de

conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o especialistas; y la relación causal entre la actuación u omisión del médico y la lesión sufrida. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 133 (2004). A tenor con esta norma, la impericia médica implica los daños generados por un médico, hospital o personal relacionado, ya sea individual o colectivamente. Tales daños pueden surgir tanto de una acción como de una inacción por parte de los galenos o personas involucradas en la atención de un paciente. *Íd.*

La norma mínima de cuidado médico exigible legalmente en casos de impericia en Puerto Rico, al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*, es aquella atención que a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, satisfacen las exigencias generalmente reconocidas por la profesión. *López v. Hosp. Presbiteriano, Inc.*, 107 DPR 197 (1978); *Negrón v. Mun. de San Juan*, 107 DPR 375 (1978).

Nuestro ordenamiento jurídico obliga al médico a responder por los daños y perjuicios causados tan sólo cuando actúa negligentemente, con descuido o falta de la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 820-821 (1987). Ahora bien, al médico se le reconoce una amplia discreción en el cuidado de un paciente. Por lo que, no incurre en responsabilidad el médico que ante las circunstancias particulares usa su buen juicio profesional, enmarcado en los límites de lo razonable y aceptable para muchos sectores de la profesión médica. *Lozada v. ELA*, 116 DPR 202 (1985). Así pues, corresponde a la parte demandante

probar, mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento ofrecido por la parte demandada fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño, y establecer además el vínculo causal requerido por el Artículo 1802 del derogado Código Civil, *supra*. *Ríos Ruiz v. Mark*, *supra*, pág. 821; *Cruz v. Centro Médico de PR*, 113 DPR 719 (1983).

No obstante, el Tribunal Supremo ha reconocido que las acciones en las que se alega impericia médica representan un reto especial para los jueces, toda vez que son acciones que versan sobre un daño normalmente impresionante y doloroso, y ante la naturalidad del sentimiento de compasión que todo ser humano experimenta ante el dolor o sufrimiento de otro ser humano. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, pág. 143. Los jueces siempre deben mantener presente que el mero hecho de que haya ocurrido un daño no implica que el médico es automáticamente responsable del mismo ante los tribunales. *Íd.*

Como consecuencia, para que una parte demandante pueda prevalecer en su reclamación de alegada impericia médica no basta establecer una omisión, toda vez que el médico tiene a su favor una presunción de corrección y no de negligencia, pues es también doctrina establecida que el error de juicio es eximente de responsabilidad. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 650 (1988).

El médico no es responsable por el mero hecho de que haga un diagnóstico o efectúe un tratamiento equivocado. *Cruz v. Centro Médico de PR*, *supra*, pág. 731. Al momento de evaluar las actuaciones de un médico, se considerará que éste "posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y

tratamiento médico", por lo que no se hallará responsabilidad civil "si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando erróneo, está enmarcado en los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica". *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 134. Como expresamos, tampoco se considera fuente de responsabilidad "el error de juicio honesto e informado cometido por un médico en el tratamiento". *Íd.* Sobre este particular, nuestro Tribunal Supremo ha expresado lo siguiente:

Es norma reiterada por este Tribunal que, en casos de responsabilidad profesional médica, la presunción de que el médico ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración del tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Corresponde al reclamante controvertir tal presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. *Vda. de López v. ELA*, 104 DPR 178, 183 (1975).

-C-

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

El fundamento jurídico de tal exigencia es que todas las personas tienen el derecho constitucional a

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

Por lo general, la controversia se enfoca en cuánta información el médico debe darle al paciente para que el consentimiento que este preste no esté viciado o sea suficiente para hacer una decisión inteligente. Nuestro Tribunal Supremo ha reiterado que el médico deberá divulgar tanto los riesgos razonablemente previsibles, como los beneficios del tratamiento o procedimiento invasivo. También deberá informar sobre alternativas disponibles y sobre los riesgos probables en caso de que el paciente opte por no tratarse la condición. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, supra, págs. 663-664.

A su vez, el Tribunal Supremo pautó como norma que, “[l]a doctrina del consentimiento informado impone al médico el deber de informar al paciente acerca de la naturaleza y riesgos de un tratamiento médico propuesto de manera que el paciente se encuentre en la posición de hacer una decisión inteligente e informada.” *Rodríguez Crespo v. Hernández*, supra, pág. 664.

El estándar adoptado por el Tribunal Supremo en *Sepúlveda De Arrieta v. Barreto*, 137 DPR 735 (1994), es que:

[A]carrea para el médico el deber de informar aquellos riesgos, conforme lo establecido por la práctica prevaleciente de la medicina. Bajo ninguna circunstancia, ni siquiera en aquellos tratamientos que no entrañen ningún fin curativo, tendrá el médico el deber de informar sobre los riesgos que sean remotos, que hayan ocurrido en pocas ocasiones o que sean meramente hipotéticos. *Íd.* págs. 752-753.

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

Finalmente, al alegarse la falta de consentimiento del paciente como causa del daño sufrido, luego de una intervención médica, será necesario que se presente prueba sobre las normas de consentimiento informado que sean aplicables al caso y la razón por la cual o el modo en que el médico incumplió con ellas. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, *supra*, pág. 666. La cadena causal entre la omisión del médico al informar y la materialización del riesgo no divulgado debe cumplir con dos requisitos: (1) la falta de divulgación debió haber causado que el

paciente consintiera al procedimiento propuesto; y (2) el procedimiento debió haber causado daño al paciente. *Sepúlveda De Arrieta v. Barreto*, supra, págs. 756-757.

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

Por lo tanto, el médico no será responsable por no divulgar riesgos que no puedan ser razonablemente previstos, como tampoco incurrirá en responsabilidad por no informar "de alguna secuela inesperada que surja durante la cirugía". *Rodríguez Crespo v. Hernández*, supra, pág. 664. Añadió que, "[a]unque hay diversidad de criterios sobre el alcance y contenido del deber de divulgación, hay consenso sobre el hecho de que no hay que divulgar riesgos remotos que hayan ocurrido en pocas ocasiones y que no es probable que le ocurran a ese paciente particular". *Íd.* pág. 665.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los médicos no están obligados a impartir a sus pacientes un curso completo de medicina cada vez que éstos se sometan a un acto médico. Se podría pensar que cuando una persona acude ante un médico, pone en él su confianza, y pretende que éste le cuide de acuerdo con sus

conocimientos, por lo que, en principio acepta todos los actos terapéuticos del médico. Precisamente la información leal está en la advertencia por parte del médico de aquellos peligros desconocidos para el enfermo, que éste no puede saber, porque cuando se dice que la información ha de ser leal y honesta, se quiere decir que el médico no debe traicionar la confianza que el paciente le ha puesto. *Ríos Ruiz v. Mark*, supra, págs. 846-847.

Así pues, los elementos esenciales en una reclamación por daños y perjuicios basados en una alegación de impericia médica por no obtener el médico un consentimiento informado del paciente, antes de efectuar una operación o tratamiento son: (1) determinar si el médico tenía el deber de divulgar determinada información; (2) determinar la información específica que debe ser divulgada y (3) determinar si la causa próxima del daño alegado fue la falta de divulgación de los riesgos implícitos en dicha operación o tratamiento. En la zona de impericia médica, la doctrina del consentimiento informado se basa en el derecho fundamental que consagra la inviolabilidad del cuerpo humano como un derecho inalienable de las personas. *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540 (1994).

III.

Por estar relacionados entre sí, discutiremos en conjunto los primeros tres señalamientos de error. En estos, la parte apelante plantea que el foro primario incidió en su apreciación de la prueba, al concluir que no había logrado probar los elementos que configurarían en este caso una causa de acción de daños y perjuicios por impericia médica en contra del doctor Cruz.

Asimismo, alegó que, el Tribunal de Primera Instancia erró al concluir que el doctor Cruz no incurrió en negligencia, puesto que, no le tocó el cordón espinal al momento del procedimiento de bloqueo.

En ese sentido, dicha parte advierte que el doctor Cruz obró contrario a la mejor práctica de la medicina al (1) no tomar las imágenes para corroborar la posición de la aguja antes de inyectar el contraste y los medicamentos; (2) al no consultar con un neurólogo cuando identificó déficits neurológicos luego del procedimiento, para así poder administrarle el tratamiento disponible; (3) al obviar el resultado del CT Scan que demostraba que había una lesión en el cordón espinal; (4) al diagnosticar a la señora Báez con un CVA, a pesar de haber sido descartado con un MRI del cerebro y sonografía de las carótidas; (5) al colocar boca abajo a la paciente, cuando la mejor práctica de la medicina indica que debió colocarla boca arriba; y (6) al inyectarle una sedación intravenosa, evitando que la señora Báez pudiera reaccionar al tocarle el cordón espinal. Por tanto, sostiene la parte apelante que el TPI incidió al concluir que no existe prueba objetiva que demuestren que hubo un daño al cordón espinal, o que haya tocado dicho cordón. Veamos.

Según surge de los autos del caso, la parte apelante fue intervenida por el doctor Cruz para realizarle un bloqueo cervical y lumbar, puesto que había acudido por dolores en la parte alta del cuello y espalda baja. El doctor Cruz le ordenó a realizarse varios estudios, y en su próxima visita los resultados demostraron que la señora Báez tenía el síndrome de túnel carpal, radiculitis en C-5 y C-6 bilateral en C-7 en el lado

izquierdo, en C-1 bilateral y en L-5 en el lado derecho. A su vez, salió con un "bulging disk" y, de otra parte, el cordón espinal aparecía con una intensidad normal, y no estaba comprimido. Por consiguiente, la parte apelada admitió que luego de ver los resultados de los estudios y de evaluar otras opciones, le recomendó a la señora Báez realizarse un bloqueo.

Al momento de iniciar el procedimiento, la señora Báez fue sedada y le inyectaron anestesia local para que pudiera tolerar el procedimiento. El doctor Cruz, señaló que posicionó a la paciente boca abajo, y comenzó el bloqueo primero en la espalda baja (L5) y luego en el cervical (C7). Añadió que, la aguja que utilizó "es un poco más gorda, pero corta para que no llegue hasta la espina dorsal y a través de eso se pasa la aguja sin punta. Explicó que esa aguja sin punta no tiene capacidad de hacer daño, principalmente porque la punta es roma, está diseñada para eso."¹⁹ Indicó que, una vez sabe dónde está la aguja procede a inyectar los medicamentos y el paciente mejoraría en dos semanas dramáticamente.²⁰

Finalizado el procedimiento, fue llevada al área de "recovery", y según la parte apelada, la señora Báez estaba bien, podía mover sus brazos y manos sin problema.²¹ Sin embargo, el doctor manifestó que estando en la sala de recuperación, la paciente comenzó a quejarse que tenía dificultad para pararse, tenía adormecida la cara, y dificultad para hablar. Indicó que decidió dejarla en observación, y posteriormente,

¹⁹ Véase, pág. 37, inciso núm. 333 de las determinaciones de hecho en la *Sentencia*.

²⁰ *Íd.*, pág. 38, inciso núm. 336.

²¹ *Íd.*, pág. 38, inciso núm. 338.

señaló que la señora Báez estaba presentando síntomas que lo hicieron pensar estaba teniendo un derrame cerebral (CVA o *stroke*).²²

Como consecuencia, el doctor Cruz consultó con el doctor Vázquez, y le ordenó un CT scan de la espina cervical y del cerebro, para descartar un *stroke* o un efecto atípico del anestésico local. No obstante, no consultó con un neurólogo.²³ Recibidos los resultados del CT scan, la impresión del Dr. José Fumero Aguiló, -radiólogo-, en cuanto al CT del cerebro fue que había hipodensidad difusa a lo largo del puente y hemisferio cerebelar. Señaló que el hallazgo podía estar asociado con un evento isquémico sub agudo, por lo que, recomendaba correlacionar y evaluar con un MRI. Mientras que, los resultados del CT de la espina cervical, demostraron hiperdensidad a lo largo del cordón con una burbuja de aire que se extendía aproximadamente del nivel C-2 al nivel torácico alto. Añadió que el hallazgo podía estar relacionado a una inyección del contraste al cordón ("intracord contrast injection").²⁴

Nuestro ordenamiento jurídico, dispone que, en una demanda sobre daños y perjuicios por impericia médica, el demandante debe demostrar las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables; que el demandado incumplió con las mismas en el tratamiento del paciente; y por último que dicha acción fue la causa del daño sufrido por el paciente. *Arrieta v. De la Vega*, supra.

²² *Íd.*, págs. 38-39, incisos núm. 342-344.

²³ *Íd.*, pág. 25, inciso núm. 207.

²⁴ TPO del 3 de mayo de 2019, págs. 47-48.

De igual manera, para que un demandante pueda prevalecer en su reclamación de alegada impericia médica no basta establecer que hubo negligencia o una omisión. Es necesario presentar prueba suficiente para controvertir la presunción de corrección a favor del médico. Nuestro Tribunal Supremo ha establecido que "corresponde al reclamante controvertir tal presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. *Vda. de López v. ELA*, supra.

Así pues, en el presente caso, mediante prueba pericial, la parte apelante intentó probar que el doctor Cruz había incurrido en negligencia al emplear un procedimiento médico que se alejaba de las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico vigente.

El doctor Rojas, -perito de la parte apelante- y médico con una especialidad en neurología, declaró que el doctor Cruz incurrió en un desvío de la mejor práctica de la medicina al inyectarle contraste y un analgésico directamente al cordón espinal de la señora Báez durante el bloqueo transforaminal, a nivel C-7. Expresó que, a pesar del doctor Cruz haber utilizado la técnica de fluoroscopia, no pudo identificar la colocación errónea de la aguja dentro de un vaso sanguíneo y/o dentro del cordón espinal cervical.²⁵ A su vez, añadió que, no hay imágenes del fluoroscopio que demuestren la posición de la aguja en el bloqueo cervical. Por lo tanto, sostuvo que ese descuido provocó que la parte apelante inyectara el contraste dentro del cordón.²⁶

²⁵ TPO del 5 de junio de 2019, pág. 14.

²⁶ *Íd.*, págs. 71.

La opinión del doctor Rojas estuvo basada en la evaluación de los expedientes médicos de la parte apelante, entre ellos los exámenes anteriores y posteriores que le fueron realizados. Manifestó que el CT scan que le realizaron a la señora Báez **previo** al procedimiento, se desprendía que el cordón espinal era uno sano, que no tenía ningún tipo de condición patológica.²⁷ No obstante, señaló que, en el CT scan cervical que le realizó el radiólogo, **posterior** al procedimiento, reflejó que la paciente tenía una lesión en el cordón espinal con una burbuja de aire.²⁸

DR. BORIS ROJAS: Sí. Estos son imágenes dedicadas a la columna cervical, demuestran una hiperdensidad a lo largo del cordón, con una burbuja de aire que se extiende de aproximadamente el nivel de la vértebra cervical número 2 hasta el nivel torácico alto, "To the upper thoracic level". Dice el Dr. Fumero Aguiló, estos hallazgos, "Can be associated to" un componente hemorrágico versus "intracord contrast injection".

LCDA. MANFREDY: ¿Qué más dice?

DR. BORIS ROJAS: Que correlacione, "Correlation with patient's clinical history recommended, including" o incluyendo cualquier intervención quirúrgica reciente.

LCDA. MANFREDY: ¿Qué él básicamente interpreta con eso?

DR. BORIS ROJAS: Pues que tenía, que el que ordenó esto, tenía que correlacionar, eh, con el historial de la señora que fue allá a hacerse el estudio, incluyendo si había habido alguna intervención quirúrgica reciente.

LCDA. MANFREDY: ¿Y había habido alguna?

DR. BORIS ROJAS: Sí.

LCDA. MANFREDY: ¿Cuál?

DR. BORIS ROJAS: Pues, el tratamiento del bloqueo epidural. Dice, "No evidence of the disc bulge." Que no había evidencia de

²⁷ *Íd.*, págs. 23-24. El doctor Méndez aceptó que el cordón espinal de la señora Báez no estaba comprimido, y mostraba signos normales de intensidad, previo al procedimiento que le realizó el doctor Cruz. Véase, TPO del 22 de enero de 2020, págs. 81-82.

²⁸ TPO del 5 de junio de 2019, págs. 41-42.

ningún tipo de abultamiento de disco significativo, "Spinal canal or foramen narrowing.". Que tampoco la foramina o el (NO ENTIENDO), el roto por donde entran y salen esos nervios, pues esta de tamaño normal. Y el canal espinal, es por donde corre el cordón, pues también estaba de tamaño adecuado. Entonces, menciona de unos cambios degenerativos con espondilosis, eso es un término que quiere decir, que los cambios osteoartríticos asociados al envejecimiento natural de todos nosotros, que son cambios de los huesos. ¿Qué pasa? Que entonces, en su impresión dice, vuelve y repite que había una hiperdensidad a lo largo del cordón que fueron desde el nivel cervical 2 hacia abajo, hasta el nivel torácico alto y que estos hallazgos pueden estar asociados con "contrast intracord injection". Que puede estar asociado a una inyección dentro del control, dentro del cordón por el contraste. Otra etiología, "Can not be excluded", dice, vuelve y repite "Correlation", correlación con la historial de la paciente "recommended". Entonces, la última entrada que hace el Dr. Fumero Aguilo dice que estos hallazgos le fueron notificados al Dr. Cruz Cestero al momento del examen.²⁹

Así pues, el doctor Rojas sostuvo que en su experiencia como neurólogo no es normal que haya hiperdensidad en el cordón espinal, ya que significa que hay un proceso patológico en el cordón.³⁰ A su vez, añadió que, la parte apelada había sido negligente al no consultar con un neurólogo, y haber privado a la señora Báez del tratamiento disponible en dicho momento.³¹

De otra parte, el Dr. Renier Méndez, -perito de la parte apelada- médico anestesiólogo y especialista en el manejo de dolor, reconoció que, según la literatura médica, las lesiones traumáticas al cordón espinal son más comunes en pacientes que reciben sedación.³² Por consiguiente, está de acuerdo, que si el paciente está sin sedación, se supone pueda reaccionar más rápido o

²⁹ *Íd.*

³⁰ *Íd.*, pág. 64.

³¹ *Íd.*, pág. 51.

³² TPO del 24 de enero de 2020, pág. 20.

más fácil a cualquier cosa que toque el cordón.³³ En el caso de la señora Báez, ésta fue sedada y anestesiada el día del procedimiento.

LCDA. MANFREDY: Y yo le pregunto si la razón es para que el paciente pueda reaccionar a cualquier estímulo si hay algún, si hay alguna situación donde la aguja le toque el cordón.

[...]

DR. MÉNDEZ: Sigue siendo una pregunta amplia, pero, sí. Si el paciente está sin sedación se supone que pueda reaccionar más rápido o más fácil a cualquier cosa que toque el cordón.³⁴

A su vez, el testimonio del doctor Méndez, es cónsono con el testimonio del doctor Rojas, en el que admitió que en los expedientes no existían vistas anteroposteriores, cervicales, que pudieran demostrar donde estaba la posición y profundidad de la aguja.³⁵ Por otra parte, el perito de la parte apelada declaró en cuanto a la posición de los pacientes al momento de realizar un bloqueo transforaminal que "la mayor parte de los anesthesiólogos como tal, que no son tan intervencionales, muchas veces prefieren el paciente boca arriba porque así puede tener mejor control de la vía aérea para que no se obstruya que es uno de los problemas principales de la vía boca abajo."³⁶

Por tanto, es razonable concluir que la parte apelante demostró haber sufrido un daño físico y emocional luego de haberse sometido al procedimiento del bloqueo por parte del doctor Cruz. Según la prueba presentada y las declaraciones de los peritos,

³³ Véase, pág. 49, inciso núm. 431-432 de las determinaciones de hecho en la *Sentencia*.

³⁴ TPO del 24 de enero de 2020., pág. 23.

³⁵ *Íd.*, pág. 57. Véase, además, pág. 50, inciso núm. 440 de las determinaciones de hecho en la *Sentencia*.

³⁶ *Íd.*, págs. 93-94. Véase, además, pág. 52, inciso núm. 454 de las determinaciones de hecho en la *Sentencia*. Véase, además, pág. 54, inciso núm. 466.

encontramos que el Dr. Cruz Cestero fue negligente al momento de inyectar los medicamentos usados en el bloqueo en el cordón espinal de la señora Báez, causándole daños físicos y angustias mentales. Éste demostró que no cumplió con las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico, y tampoco empleó su mejor esfuerzo y el tratamiento adecuado para atender la condición que desarrolló la paciente.

Mediante la prueba pericial, la parte apelante logró demostrar la causalidad adecuada que ocasionó su condición fue por negligencia de la parte apelada. Con la prueba presentada, se logró probar la conexión del daño con las acciones del doctor.

Finalmente, la parte apelante sostiene que erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que hubo un consentimiento informado. En esencia, y según surge del expediente, la parte apelada le entregó varios documentos, entre ellos el *Consentimiento de Operación / Procedimientos*, para el proceso de preadmisión. Sin embargo, la parte apelante señaló que el doctor Cruz no la orientó sobre los riesgos y complicaciones del procedimiento.

LCDA. YADYRA MANFREDY RAMOS:

¿Y qué pasó, qué instrucciones si algunas él le dio?

CARMEN M. BÁEZ RIVERA:

Yo le dije: "¿Y cuando me lo va a hacer?", me dijo: "Lo más pronto posible". Y me llenó una serie de papeles, sin explicarme más nada. Me dijo: "Vaya a admisiones para el próximo día laborable hacerte el bloqueo".

LCDA. YADYRA MANFREDY RAMOS:

Le pregunto, ¿qué si algo le explicó el doctor Cruz Cestero sobre lo que, lo que era un bloqueo?

CARMEN M. BÁEZ RIVERA:

No me explicó nada. Solamente se limitó a darme el sobre, para que lo llevara a la Admisiones.

[...]

LCDA. YADYRA MANFREDY RAMOS:

¿Qué riesgo, si alguno, le explicó el doctor Cruz Cestero que conllevaba un bloqueo?

CARMEN M. BÁEZ RIVERA:

Ninguno, él no me explicó nada.³⁷

De otra parte, el doctor Cruz sostiene que sí le orientó a la parte apelante sobre los riesgos e incluso estaban contemplados en el consentimiento de operación.³⁸

A su vez, manifestó que escribió en el espacio de los riesgos, complicaciones y consecuencias del procedimiento que podían incluir "infección, sangrado, daño neurológico y parálisis". No obstante, reconoció que la copia del consentimiento sólo estaba en el récord del Hospital San Cristóbal, y no en el récord de su oficina.³⁹

Según ha manifestado nuestro Tribunal Supremo, el consentimiento de un paciente es un elemento indispensable para efectuar un procedimiento médico quirúrgico. La doctrina del consentimiento informado impone al médico el deber de informar a su paciente acerca de la naturaleza y riesgos de un tratamiento médico propuesto, de manera que el paciente se encuentre en la posición de tomar una decisión inteligente e informada.

A su vez, se ha establecido que el médico le debe revelar a su paciente toda aquella información que, de acuerdo con su conocimiento y experiencia, necesitaría conocer, por ser pertinente a la decisión que debe tomar

³⁷ Íd., pág. 24

³⁸ TPO, del 21 de enero de 2020, pág. 15.

³⁹ TPO, del 3 de junio de 2019, pág. 64.

en cuanto a si va a consentir o no someterse al procedimiento propuesto. Es por esto, que el médico, tiene la obligación de divulgarle al paciente los riesgos razonablemente previsibles, así como los beneficios de tratamientos y procedimientos invasivos del cuerpo humano y de las alternativas disponibles.

Luego de un análisis de las declaraciones de las partes, encontramos que las mismas no son reconciliables. El doctor Cruz argumentó que orientó a la señora Báez del procedimiento sobre el bloqueo, sin embargo, la parte apelante lo negó. Así pues, no estamos convencidos de lo declarado por el doctor Cruz, debido a que, una mención de lo que es un daño neurológico, de forma genérica, no puede subsanar aquellos riesgos que son previsibles en una intervención sobre un bloqueo. El propio doctor Cruz declaró que existen algunos otros riesgos o complicaciones, pero no estaban escritos.⁴⁰ La parte apelada se mantuvo expresando que un "*spinal cord injury*" es un daño neurológico.⁴¹ Sin embargo, al ser un riesgo previsible, debió habersele informado a la señora Báez, y más cuando, la literatura médica utiliza dicho término como uno de los riesgos del bloqueo cervical epidural transforaminal.⁴²

La responsabilidad del médico va mucho más allá de obtener una firma. Está obligado a explicarle al paciente la naturaleza de la operación, los riesgos que acarrea, sus beneficios, los tratamientos alternos y las posibles consecuencias de no someterse al procedimiento.

Así pues, no nos cabe duda, de que como consecuencia de la falta de consentimiento y haberse apartado de las

⁴⁰ TPO del 21 de enero de 2020, págs. 56 y 61.

⁴¹ *Íd.*, pág. 61.

⁴² TPO del 24 de enero de 2020, pág. 11.

normas mínimas de cuidado, la señora Báez sufrió unos daños. Por consiguiente, a la luz del análisis antes formulado, corresponde revocar la *Sentencia* apelada y devolver el caso a la consideración del foro primario.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos, se **REVOCA** la *Sentencia* apelada. En consecuencia, establecido la ocurrencia de daños a la parte demandante, y la relación causal de la negligencia de la parte demandada con esos daños, se devuelve el caso ante la consideración del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Ponce, para la continuación de los procedimientos en este caso, de forma cónsona con los pronunciamientos esbozados en esta *Sentencia*.

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