

**“Y NO CASTRARÉ
ni siquiera (por tallar)
a los calculosos,
antes bien, dejaré
esta actividad a los
artesanos de ella.**

**Y CADA VEZ QUE
entre en una casa,
no lo haré sino
para bien de los
enfermos,
absteniéndome de
mala acción
o corrupción
voluntaria ...”**

Hipócrates

RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA

La medicina es una de las áreas de la ciencia, donde los adelantos tecnológicos se han multiplicado de manera exponencial. Desde sacar una muela, operar el corazón, transplantar una médula ósea o un riñón, hasta recibir terapias radioactivas; prácticamente se puede hacer de todo. A pesar de que todas las personas durante el trayecto de sus respectivas existencias, tendrán que visitar algún médico u hospital, para poder tratar algún padecimiento; son pocos los que alguna vez se han tomado el tiempo de discurrir sobre quien le respondería a ellos o en peor de los casos, a sus familias, si alguna tragedia sucediere durante el tratamiento. Aunque parecería ser faena sencilla, en algunas ocasiones, no es tan sencillo el determinar quién o quienes son los responsables por la mala práctica. Esta incertidumbre se agrava, si uno de los posibles causantes es un hospital. Esto debido a que su responsabilidad no siempre ha sido clara, especialmente cuando el médico que comete la mala práctica, es un contratista independiente. Quien no es un empleado directo del hospital, sino que se les cataloga como proveedores de servicios. A estos contratistas independientes, los hospitales les conceden privilegios para utilizar sus facilidades para brindar servicios a sus pacientes. Por lo que los hospitales, generalmente no tienen una relación primaria con los pacientes de estos galenos.

Las doctrinas sobre la responsabilidad hospitalaria, que han utilizado los Tribunales de Justicia, han sido indudablemente inconsistentes.

Este fenómeno lo podemos observar claramente cuando comparamos el manejo de estos casos, ya sea dentro de jurisdicciones del Derecho Común y más aún cuando nos tomamos la molestia de comparar con aquellas jurisdicciones que utilizan el Derecho Civil. Una de las razones principales ha sido el aumento en la variedad de los servicios que ofrecen los hospitales. “En las primeras décadas del siglo XX, los hospitales eran meramente unas instituciones que proveían unos servicios básicos en el cuidado de la salud, no brindando servicios médicos como parte de los mismos. Poco a poco, sin embargo, las instituciones hospitalarias fueron ampliando los servicios que rendían al público, inclusive contratando facultativos médicos como sus empleados. Al así hacerlo, comenzaron a proyectarse hacia la comunidad como una alternativa en momentos de enfermedad, acostumbrándose el público a percibirlos como un centro de tratamiento médico integral.”¹

Si hacemos un repaso histórico con el propósito de identificar desde cuándo se tienen registros de casos de mala práctica, increíblemente y para sorpresa de muchos, encontraremos un procesamiento judicial por mala práctica en Inglaterra, en el año de 1374. “La corte determinó que si el cirujano hubiese actuado de acuerdo a su máxima capacidad y diligencia, no se le hubiese declarado responsable.”² Lo que nos lleva a pensar que éste problema de la mala práctica es uno antiquísimo y que por ende lleva muchísimo tiempo sin resolverse en su totalidad.

En la actualidad existe una extensa variedad de doctrinas aplicables a la res-

Efrain J. Velez Fernandez

ponsabilidad hospitalaria, en casos donde el que comete la negligencia o error, no es un empleado del hospital; sino un contratista independiente, quien también en muchos casos, es el proveedor de servicio médico primario del paciente. No existe avenencia entre las diferentes jurisdicciones, aplicando cada cual, la que mejor entiendan deben aplicar. Puerto Rico no ha sido la excepción y también se han desarrollado teorías jurisprudenciales, con la consecuencia de aumentar – hasta cierto punto – la responsabilidad hospitalaria en casos de mala práctica médica. Pero, ¿hasta qué punto se ha extendido esa responsabilidad? ¿Cuáles son sus límites? ¿Cuál o cuales son las doctrinas con más aceptación dentro de la comunidad togada?

Este trabajo analiza la historia jurisprudencial de las doctrinas de responsabilidad hospitalaria en Puerto Rico, en las jurisdicciones vanguardistas de los Estados Unidos y las tendencias en Europa. Para de esta manera tratar de responder de manera efectiva las preguntas antes formuladas y aclarar cualquier duda, sobre cuál es el Estado de Derecho que se aplica en Puerto Rico para establecer culpas a hospitales, por mala práctica de contratistas independientes.

I

Sinopsis de Jurisprudencia Puertorriqueña

No es extraño que en actividades de comunidades no jurisperitas, escuchemos conversaciones, en donde personas expresan que si alguna vez fueron víctimas de algún tipo de mala práctica, se quedarían hasta con el estacionamiento del hospital y cosas por el estilo. Sin embargo, no es tan sencillo hacerlo, como decirlo. En Puerto Rico, las tendencias han sido a

ir aumentando el grado de responsabilidad de los hospitales en casos de mala práctica. Es importante no perder de perspectiva, que esta ampliación ha sido una lánguida. Como explica el honorable juez Rebollo López – juez del Tribunal Supremo de Puerto Rico –, que en la primera mitad de este siglo los hospitales eran localidades de cuidado y no brindaban servicios médicos.³ Esta situación había llevado a que los hospitales gozaran de la doctrina de inmunidad hospitalaria, la cual era utilizada tanto en Puerto Rico, como en Estados Unidos. Con esta regla se aceptaba responsabilidad del hospital por daños que recibiera un paciente, por un empleado en el marco de su empleo – cuidado y vigilancia –, por lo que se establecía una distinción entre “actos de administración” y “actos médicos”. El hospital sólo era responsable por los primeros. La doctrina del “respondeat superior”, relevaba a los hospitales por los actos dañosos de los médicos que practicaban en sus facilidades.⁴ No fue hasta que en 1957 cuando el Tribunal Supremo de Nueva York, eliminó la doctrina de inmunidad en el caso *Bing v. Thunig*⁵; esta decisión se basó en el aumento de servicios que habían experimentado los hospitales (adelante explicaremos en más detalle).

En Puerto Rico, tres años después de *Bing v. Thunig*⁶, nuestro Tribunal se enfrentó a – un caso trágico – *Hernández v. Gobierno de La Capital*.⁷ Este caso gira en torno a una niña de tres años, la cual fue recluida en el Hospital de La Capital (institución de beneficencia pública), el 25 de abril de 1951. El área donde estaba la niña era una de dos salas, ambas sumaban 25 camas. Solo había una enfermera de área y una auxiliar, la cual daba rondas de guardia por diferentes áreas del mencionado recinto médico. El día 3 de ma-

yo, el área donde se encontraba la niña tenía un total de 23 pacientes (4 de ellos de gravedad), sin embargo, solo había una enfermera de piso y la auxiliar, la cual se encontraba de piso en piso. La niña había estado inquieta todo el día. En la noche, en un momento dado se tranquilizó. La enfermera siguió atendiendo a los otros pacientes, pero como a los cinco minutos fue llamada por el doctor que daba la ronda en el área. Para su sorpresa, la niña se había desnucado tratando de bajarse de la cama, ya que la cintita de la bata quedó enganchada en la baranda. Ese mismo día, la madre y la abuela de la niña se habían ofrecido a quedarse, pero se les rechazó, diciéndoles que había suficientes enfermeras. El ilustrado juez Serrano Geysls emitió la opinión del Tribunal, la cual le impuso responsabilidad al gobierno de la Capital. Basando su decisión en que el hospital, le debe al paciente aquel grado de cuidado que ejercería un hombre prudente y razonable en circunstancias similares.

Esta norma se confirmó en el caso *Ortiz v. Hospital Presbiteriano*⁸, donde un anciano recién operado de los ojos, se cayó por una ventana cercana a su cama. Sin embargo en el caso de *Ramos v. La Capital*⁹, en una situación parecida a la del caso *Hernández*, supra, excepto que la caída fue sufrida por un adulto. En este caso, la honorable magistratura no encontró responsabilidad hospitalaria de grado alguno. Ese mismo año nuestro Tribunal Supremo, resolvió el caso *Sociedad de Gananciales v. Presbyterian Hospital*¹⁰, el cual trata sobre una interrupción de una operación debido a que entró un polvillo a la sala de operaciones, ya la paciente anestesiada, pero sin haberla cortado todavía. El polvillo era a consecuencia de una construcción, que se llevaba a cabo en las facilidades del hospital. Este caso confirma la norma de *Hernández*, supra, “El paciente admitido tiene la expectativa de recibir un grado de cuidado y atención razonable para su seguridad, según lo requieran

las circunstancias".¹¹

En 1973, el Tribunal resuelve *Oliveros v. Abreu*.¹² Confirma la norma de atención del hospital hacia el paciente – aunque aplicó la ya difunta doctrina del *Res Ipsa Loquitur*. Este es otro caso impactante, donde una pequeña de siete años perdió la vida. Aparentemente, el expediente médico del caso fue alterado por empleados del hospital, tratando aparentemente de subsanar ciertas deficiencias, por lo que el tribunal no le dió credibilidad. Además de que el hospital violó indiscriminadamente el inciso (d), del Reglamento de hospitales.¹³

El caso de *Hernández Cibes v. Asociación Hospital del Maestro*¹⁴, este caso no es uno de mala práctica. Trata sobre una eliminación de privilegios a un médico, el cual alega en el tribunal, que el hospital actuó indebidamente y arbitrariamente. "Los hospitales tienen un legítimo interés en que los médicos de sus facultades posean las cualificaciones y observen la conducta requerida para la consecución del mejor cuidado y tratamiento de los pacientes que allí acuden. Es necesario que los hospitales evalúen periódicamente la aptitud profesional de su personal médico."¹⁵

En el año 1984, el Tribunal resolvió tres importantísimos casos de impericia médica. *Viuda de Torres v. ELA*¹⁶ establece que las normas de precaución y prudencia, son de mayor exigencia cuando el paciente sufre de alguna anomalía física o mental, que le haga difícil cuidar de sí mismo. "En las circunstancias del caso, podría exigírsele al hospital medidas adicionales a las ordinarias, incluyendo vigilancia continua."¹⁷

Es también importante destacar el caso de *SLG v. Hospital Hermanos Menéndez*¹⁸, donde una joven que había sufrido un accidente automovi-

lístico es atendida por un médico que se encontraba de turno en el área de emergencia. Fue atendida y dada de alta. Explicándole que debía volver para recibir el tratamiento médico correspondiente. El tratamiento le causó daño irreversible. Las actuaciones negligentes del médico, fueron imputadas al hospital codemandado. El Tribunal utilizó como fundamento la doctrina de responsabilidad vicaria, Art. 1803 del Código Civil.¹⁹

Por otro lado tenemos el caso *Núñez v. Cintrón*²⁰, en el cual se le imputa responsabilidad al hospital, por negligencia, basada en las siguientes omisiones: "a). se pospuso el cumplimiento de la orden del doctor (contratista independiente) demandado, para que se le hiciera al paciente una transfusión de sangre; b). que en sala de emergencias no se anotaron ni tomaron, por los médicos y enfermeras que atendieron al paciente, los signos vitales; c). Con el historial del menor y ante la posibilidad que volviera a sangrar el hospital no asignó un médico que atendiera al menor si le sobrevenia otra hemorragia."²¹

Sin embargo, no fue hasta 1985 en el caso *Márquez Vega v. Martínez Rosado*²², que nuestro Tribunal se expresa por primera vez sobre la responsabilidad del hospital, cuando quien comete la mala práctica es un médico con privilegios. En este caso la parte demandante basaba su reclamación en la doctrina del beneficio económico, ya que el hospital devengó ganancias por la actividad del médico, además que "...los daños que ocasionó, pudieron haber sido previstos por el hospital."²³ El hospital solicitó una sentencia sumaria basándose en su falta de responsabilidad, por ser el médico uno independiente. La curia, desestimó la sentencia sumaria, basándose en el caso de *Martínez v. Chase Manhattan Bank*.²⁴ Más adelante en el caso se dice que: "...el

hospital puede ser responsable ante el paciente – bajo la llamada doctrina de Responsabilidad Corporativa – aún por actos negligentes cometidos por médicos a quienes el hospital meramente le ha concedido el privilegio de utilizar sus facilidades para atender a sus pacientes privados."²⁵

Las tendencias han ido dándole a los hospitales más responsabilidad en casos de impericia, donde el médico es contratista independiente. Esto si el hospital a fracasado o ha sido negligente en sus actuaciones '*in negligendo*' o '*in vigilando*'. El caso también explica que en los estados, se ha extendido la responsabilidad a casos donde el hospital es el proveedor primario del paciente. O sea, que la persona se dirige al hospital, y es éste quien según sus servicios, le asigna un médico, una enfermera, etc. "No hay duda de que cuando el paciente acude directamente al hospital, la relación principal es entre éste y la administración del hospital."²⁶

Es importante destacar que a pesar de que el caso se resuelve a favor de la no responsabilidad del hospital, ya que el médico era uno de buena reputación y no tenía antecedentes de mala práctica. Se deja en perspectiva, el que el tribunal pueda encontrar responsable a un hospital en casos de contratistas independientes, aplicando la doctrina del beneficio económico. Utilizando como fundamento el caso *Martínez v. Chase Manhattan Bank*²⁷, es este el caso en el que una señora compró un auto, financiado por el susodicho Banco. Por falta de pagos, se inició una acción repositoria. El tribunal expidió una orden para el aseguramiento de la efectividad de la sentencia. Un empleado de la compañía contratada por el banco, para las órdenes de cobro, fue junto a un gruero. Mientras estaban en la casa, incurrieron en actos obscenos y en conducta impropia. Lo que los llevó, a un caso penal, en el cual resultaron convictos por di-

cho delito. Instancia, no encontró responsabilidad, no así el Supremo. Quien se basó en la doctrina del beneficio económico, para dar dicha decisión. Y es precisamente sobre éste aspecto que dice el Tribunal en *Márquez Vega*: "... a pesar de que el médico no empleado pudiera ser considerado como un 'contratista independiente', no hay duda de que el hospital resulta principalmente beneficiado por la labor que realiza el médico, por lo que entendemos que la institución debe responder por los actos negligentes de aquél." Estas palabras podrían ser las que en un futuro – quizás no muy lejano – establezcan parámetros de responsabilidad hospitalaria mucho más amplios, que los de la doctrina actual. Son de singular importancia, los elementos establecidos en este caso, para establecer responsabilidad hospitalaria: "a) cuidadosa selección de los médicos; b) obligar a la toma de cursos de mejoramiento profesional; c) manteniéndose al tanto de las actuaciones de los referidos médicos e interviniendo en actos obvios de impericia crasa; d) discontinuar el privilegio ante repetidos actos de negligencia."²⁸ La doctrina establecida en este caso, ha sido discutida y argumentada por los tribunales en una gran cantidad de ocasiones.

La más reciente, es una opinión del Tribunal de Apelaciones.²⁹ Trágicos son los hechos de este caso, veamos: una mujer que va al hospital a practicarse una cesárea y una esterilización; estuvo reclusa en el hospital varios días antes de la operación. Había sido ingresada por su médico obstetra, quién tenía privilegios para practicar en el hospital. La cesárea fue practicada con éxito, pero al siguiente día presentó síntomas de distensión, gases y náuseas, entre otros. Los síntomas continuaron al día siguiente. Se determinó que la paciente

tenía una obstrucción parcial intestinal. La paciente fue evaluada y posteriormente operada por el jefe de cirugía del hospital, se le practicó una laparotomía exploratoria. La paciente empeoró luego de la operación, por lo que tuvo que ser llevada al área de cuidado intensivo, sufrió un neumotórax iatrogénico, o colapso de pulmón. A la paciente no se le pudo hacer una transfusión de sangre, pues sus creencias religiosas no se lo permitían – era testigo de Jehová. A los pocos días murió, la autopsia reveló como causa de muerte una trombo embolia pulmonar debido al mecanismo o modo de la complicación quirúrgica. A pesar de que la controversia principal del caso era sobre si procedía o no una sentencia sumaria para desestimar el caso contra el hospital, el Apelativo hace una concreta explicación sobre las doctrinas prevalientes en nuestro sistema de derecho, tomando en consideración lo expresado por nuestra Alta Curia en *Márquez Vega*.³⁰ Primero discute la doctrina en torno a la responsabilidad emanante del Art. 1802 del Código Civil, expresó que, el que por acción u omisión cause daño a otro mediando culpa o negligencia, viene obligado a reparar el daño causado. El artículo añade que la imprudencia concurrente del perjudicado no exime de responsabilidad, pero conlleva la reducción de la indemnización.

Sobre las características a tomar en consideración para determinar responsabilidad bajo el artículo 1802 están: 1) un daño, (2) una acción u omisión negligente y (3) la relación causal entre el daño y la conducta culposa o negligente. El Apelativo, fundamentándose en *Blás v. Hospital la Guadalupe*³¹, dice que para establecer un caso *prima facie* contra un profesional de la salud el demandante viene obligado a (1) presentar prueba sobre las normas mínimas de co-

nocimiento y cuidado aplicables al área en cuestión, (2) demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente y (3) que esto fue la causa del daño sufrido por el paciente. Más adelante, adentrándose en *Márquez Vega*, supra, discute que si la evidencia señala a la existencia de múltiples causas del daño no puede imponérsele responsabilidad al profesional de la salud a menos que del conjunto de la evidencia surja que con mayor probabilidad la actuación negligente fue la causa del daño. Luego discute las consecuencias derivadas de la relación primaria del paciente, citando al Supremo, dice que cuando la relación del paciente es más bien con su médico de cabecera, que lo ha atendido primeramente en su oficina privada, y el paciente acude al hospital por recomendación del médico por ser éste alguno de los centros donde dicho profesional tiene privilegios para tratar a sus pacientes, el hospital, como regla general, no responde por el acto negligente exclusivo del médico no empleado, a quien en primera instancia y de manera principalísima el paciente confió el cuidado de su salud.³² En cuanto al tema de los contratistas independientes dice que "a pesar de que el médico no empleado pudiera ser considerado como un "contratista independiente", no hay duda de que el hospital resulta principalmente beneficiado por la labor que realiza el médico, por lo que entendemos que la institución debe responder por los actos negligentes de aquél." En el caso se confirma la decisión de instancia de no conceder la sentencia sumaria, para desestimar la acción en contra del Tribunal.

El Tribunal Federal para el Distrito de Puerto Rico, también ha tenido que evaluar la responsabilidad de los hospitales, cuando hay envuelto un contratista independiente. He escogido tres de los más notables, para que podamos ver cuál ha sido la postura del Tribunal Federal ante esta disyuntiva. Es importante destacar que el Tribunal

asumió jurisdicción –en los tres– por razones de diversidad.³³ Lo que implica que el Tribunal Federal deberá resolver la controversia, utilizando el Derecho puertorriqueño.

En 1995, el Tribunal Federal, en opinión del juez Acosta, resolvió el caso de *Linda Daniela Recio v. Hospital del Maestro, et al.*³⁴, en el cual una paciente comienza una acción contra el hospital, basándose en la negligencia de un médico –contratista independiente– en diagnosticar problemas respiratorios, tales como asma bronquial, y el haberle tratado la condición con el uso excesivo de corticosteroides. El Hospital solicitó una desestimación por la vía sumaria, a la cuál el Tribunal accedió, desestimando con perjuicio la acción contra el Hospital. En su opinión, el juez Acosta expresó que bajo la Ley de Puerto Rico:

“...(1) the hospital had no duty to intervene; (2) no evidence supported patient's contention that hospital was responsible for her referral to physician; (3) no evidence supported claim against hospital premised on alleged negligence of unidentified staff physicians; and (4) no evidence established existence of any financial relationship between hospital and physician such that hospital could be held liable for physician's alleged negligence.”

El caso también discute la doctrina establecida por el Tribunal Supremo Puertorriqueño en el caso *Márquez Vega*, *Ibid*, diciendo que el Supremo había dejado claro que los hospitales tenían el deber continuo de:

“(a) carefully select the physicians to whom it grants privileges; (b) require that such physicians stay abreast of the most recent developments in their respective

fields; (c) monitor the work of such physicians, intervening, when possible, in the face of an obvious act of medical malpractice by one of them; (d) discontinue the privileges of any physician in the event of repeated or crass acts of medical malpractice; and (e) keep reasonably up to date with respect to the most recent technological advances.”

En la ausencia de quebrantamiento de alguna de estas reglas, en casos donde hay envuelto un contratista independiente, la responsabilidad del hospital dependerá de a quién confió su salud en primera instancia, al médico o al hospital.

El 6 de junio de 2000, el Magistrado Federal Arenas resolvió el caso *Calcaño López v. Canetti Mirabal*.³⁵ En este caso un paciente demanda tanto al médico –quién era contratista independiente–, como al hospital. El hospital sometió una moción de desestimación sumaria, la cuál fue denegada por el magistrado, ya que este entendió que el asunto sobre si el hospital había sido negligente no había sido resuelto. El magistrado hace un recuento de los hechos del caso y de su similitud con los hechos en *Márquez Vega*, *Ibid*, luego hace un recuento de lo establecido en *Recio v. Hospital del Maestro*, *Ibid*, donde el juez Acosta discute de manera clara y precisa la doctrina de *Márquez Vega*.

El tercer caso que aquí discutiremos es el de *García Colón v. García Rinaldi et al.*³⁶ Este es un caso, donde un paciente, a quién le habían practicado una cirugía demanda tanto al hospital como al médico. Es una demanda por responsabilidad al amparo del Art. 1802 del Código Civil Puertorriqueño. Explica en su opinión el juez Domínguez, fundamentado en

Marquez Vega, que la responsabilidad del hospital depende de la relación de dicho hospital con el paciente. Esta relación, según la alta curia puertorriqueña, debe verse en dos circunstancias: 1) cuando el paciente va primeramente al hospital por ayuda y es el hospital quién le provee los médicos. En esos caso el hospital es responsable “Joint and Severally”, ya que no importa si el doctor era empleado o contratista independiente, fue al hospital a quien en primer lugar el paciente recurrió por ayuda; y 2) el otro caso es cuando el paciente acude primeramente a su médico privado y éste lo envía al hospital, para allí continuar con el procedimiento requerido. En estos casos el hospital no es responsable, por la negligencia del médico. Pero podría resultar responsable por su propia negligencia, si fracasó en su deber e monitorear adecuadamente los médicos a quien le habían otorgado privilegios.

II

DOCTRINAS

A. Doctrina de la Inmunidad Hospitalaria: Antiguamente, los hospitales gozaban de inmunidad contra demandas, dicho beneficio basado en la doctrina de ‘inmunidad caritativa’. Ya que los hospitales eran entidades caritativas, que le daban un valioso servicio a la comunidad. “Las donaciones particulares y privadas crean un fondo, el cual no debe ser corrompido.” Los partidarios de dicha doctrina esbozaban dos fundamentos principales:

1. “el que acepta servicios caritativos, debería renunciar a toda acción por mala práctica médica, de los sirvientes de su benefactor.
2. La doctrina del ‘Respondeat Superior’ no aplica, ya que los empleados del hospital son contratistas independientes, de los cuales el tribunal no tiene control.”³⁷

No fue hasta el caso *Bing v. Thunig*³⁸, en el cual se eliminó esta doctrina, "...present day hospitals do far more than medical care and treatment." En este caso el magistrado dio mucho énfasis a el factor de que el enfermo que va al hospital a buscar tratamiento para sus dolencias, espera que el hospital supervise a los médicos. "The court concluded that the rule of non liability by hospitals was out of tune with the life about us..."³⁹

B. Doctrina de Responsabilidad Corporativa: Esta doctrina es una que podría utilizarse para desarrollar ampliamente, la responsabilidad hospitalaria en casos de mala práctica por parte de un contratista independiente. Podemos entender que esta responsabilidad constituye una obligación indelegable. Dicha responsabilidad se cumple cuando el hospital es diligente 'in vigilando' e 'in negligendo' a sus médicos. Los cuales podemos percibir como requisitos mínimos, establecidos por la comunidad y el interés público, para que estas entidades administren sus recursos de una manera más eficaz.

El caso que marcó y expandió esta doctrina fue *Darling v. Charleston Community Hospital*⁴⁰, el cual más adelante explicaremos en detalle. El caso versó en una acción de daños y perjuicios, debido a una negligencia de la que fue víctima un joven de 18 años de edad, se alegaba negligencia de parte del médico y del hospital. Las alegaciones de la parte demandante se basaban en que el hospital fue negligente 'in vigilando' al médico, supervisando la sala de emergencias y por permitir que dicho médico realizara una operación para la cual no estaba preparado. En su contestación a la demanda, el hospital señaló que: "...a hospital is not an insurer of the patient's recovery".⁴¹ Se estableció la negligencia hospitalaria bajo dos fun-

damentos principales: a) el tribunal falló en suministrar suficientes parámetros, b) el hospital no revisó el tratamiento médico ofrecido al menor. Los hospitales deben de seguir al pie de la letra las disposiciones establecidas en su reglamento para operaciones. Si este reglamento no existe, se permite establecer como parámetro los reglamentos de organizaciones médicas reconocidas o agencias gubernamentales. "En ausencia de negligencia de cualquier otra parte el hospital responderá totalmente."⁴²

C. Responsabilidad Vicaria: Doctrina basada en la relación patrono-empleado. Donde el patrono es responsable por los actos negligentes y culposos de sus empleados (énfasis nuestro). Doctrina que impone a una parte a responder por los actos culposos o negligentes de su personal. Tiene su fundamento estatutario en el Artículo 1803, 31 LPRA § 5142. Guarda cierto paralelismo con la doctrina Angloamericana del 'respondeat superior'.⁴³ Por ejemplo, en el caso *Viuda de Cardona. Presbyterian Community Hospital*,⁴⁴ donde se le impuso responsabilidad al hospital por negligencia de sus enfermeras.

En general, esta es una responsabilidad legal, para responder por la acción de otro. Debe existir una previa relación jurídica. Cuando existe culpa o negligencia del empleado, se presume la culpa o negligencia del principal.

D. Autoridad Aparente: "Esto es, cuando el paciente ha acudido en primera instancia al hospital en busca de ayuda y ha entendido, o le han dado la impresión, de que todos los facultativos médicos que le atienden son empleados del hospital, independientemente de que así lo sean o no."⁴⁵

Lo importante es la relación primaria existente. Podemos entender

que esta teoría descansa en la percepción del paciente, sobre el hospital y el personal que lo atiende. Esta doctrina tiene unos elementos, los cuales son importantes destacar:

a) "the person dealing with the agent must do so with the belief in the agent's authority and his belief must be a reasonable one; b) such belief must be generated by some actor neglect of the principal sought to be charged the third person relying on the agent's apparent authority must change his position and will suffer injury if the agent do not bind the principal."⁴⁶

Esta doctrina se limita en los casos donde el paciente tiene conocimiento previo de la relación de independencia entre el hospital y el médico.

En Estados Unidos uno de los casos más importantes lo es *Seneris v. Haas*⁴⁷, en este caso, a pesar de que el médico era un contratista independiente, se encontró responsabilidad de parte del hospital ya que este no practicaba la medicina en ningún otro sitio, todo el equipo y los medicamentos eran suplidos por el hospital y tenía un turno regular de trabajo.

E. Res Ipsa Loquitur: Es una doctrina que tiene su nacimiento en el 1863, en Inglaterra.⁴⁸ Cuando a un transeúnte le cayó un barril de madera en la cabeza, mientras caminaba por la calle. Su abogado decía que 'la cosa hablaba por sí sola'.

En Estados Unidos, se utilizó por primera vez en el caso *Ybarra v. Spangarg*⁴⁹. Versa sobre un hombre que luego de una operación de remoción de apéndice, al levantarse de la anestesia, siente un fuerte malestar en el hombro. Se determinó que había sido a causa de la anestesia. La Corte Suprema de California estableció res-

ponsabilidad al cirujano, anesthesiólogo, enfermera, al dueño del hospital y al médico asistente, todos basado en esta doctrina.

En Puerto Rico la doctrina del *Res Ipsa Loquitur*, fue tirada al zafacón en el caso *Vacco v. Almacén*.⁵⁰

III

Derecho Comparado

I. ESTADOS UNIDOS:

a. Jurisprudencia:

En los estados de la nación Norteamericana, no se ha llegado a ningún acuerdo, sobre las doctrinas a aplicar en casos de responsabilidad hospitalaria, por mala práctica. Cada estado aplica la doctrina que consideran resuelve mejor el problema. Esto conlleva que existan unos estados, que estén más rezagados que otros. Ya que existen ciertas jurisdicciones que se encuentran a la vanguardia, en lo que a esta responsabilidad respecta. Siendo Illinois y Ohio, dos de estas jurisdicciones de avanzada.

En el 1956 la Corte Suprema de Ohio resolvió *Avellone v. St. John's Hospital*⁵¹, en este caso se encontró responsable un hospital por la caída de un paciente, causada por un empleado del hospital. Ya para esta época estaban comenzando la tendencia de los hospitales con seguros. Lo que posiblemente dio un último impulso a las decisiones en contra de los hospitales.

Un año más tarde la Corte Suprema de Nueva Cork, impuso responsabilidad a un hospital, eliminando de su jurisdicción la doctrina de inmunidad hospitalaria.

"With the demise of charitable immunity for hospitals, liability could be imposed on the basis of either respondeat superior or corporate negligence."⁵²

En 1963, la magistratura de Ohio volvió a dar un paso en avanzada, cuando en el caso *Lundberg v. Bay View Hospital*⁵³, impuso negligencia a un hospital, por un acto negligente de un contratista independiente, quien tenía un contrato asalariado con el hospital. El Tribunal se basa en lo que ellos llaman 'agency by estoppel', doctrina bastante parecida a la Vicaria o 'Respondent Superior'.

Sin embargo fue en 1965, cuando se decidió uno de los casos más trascendentales en el área de responsabilidad hospitalaria: *Darling v. Charleston*.⁵⁴ Es aquí donde el estado de Illinois elimina de su jurisdicción la inmunidad hospitalaria. Este caso discurre sobre un joven de 18 años quien es llevado a la sala de emergencia del hospital, debido a una pierna fracturada, consecuencia de un juego de football. El médico que lo atendió, le enyesó la pierna. Poco después de esto, la pierna estaba con un fuerte dolor y los dedos se le estaban poniendo de un color oscuro. Unos días más tarde, el médico trató de cortar el yeso con una sierra, pero trágicamente le hizo sendas aberturas en la piel. La cual expedía un olor horrible. Once días más tarde fue trasladado a otro hospital, donde fue atendido por otro médico, el cual trató de salvarle la pierna, pero fueron infructuosos los intentos y la pierna tuvo que ser amputada. La parte demandante se basaba en tres puntos específicos: a) el hospital fue negligente al permitirle hacer al doctor una operación la cual no podía hacer; b) fallar en brindar una extensa supervisión a la situación y c) no buscar ayuda experta, debido a las condiciones de la pierna. En este caso se estableció en Illinois la responsabilidad de los hospitales, por las acciones negligentes o culposas de sus empleados.

En 1971 se dio un paso en retroceso cuando la Corte Suprema de Ohio, en el caso *Cooper v. Sister's of*

Charity, en forma de *dictum*, encontró al hospital no responsable por una mala práctica realizada por un médico subcontratado, por la compañía que tenía el contrato de la sala de emergencia. El tribunal no encontró que no había relación alguna entre el médico y el hospital, ya que no era a este a quien le correspondía supervisar al médico, sino a la compañía que lo contrato.

En 1979 la corte de Illinois vía el caso *Gasbarra v. St. James Hosp.*⁵⁵, donde se encontró libre de responsabilidad a un hospital por una acción de negligencia de un contratista independiente. La reclamante fundamentaba con que ella nunca se enteró, ni tuvo la más mínima idea de que el médico fuera un contratista independiente, o sea la doctrina de Autoridad Aparente. La Corte desestima, ya que establece que la reclamante en la circunstancia en que se encontraba no hubiera hecho nada diferente, al enterarse de que el médico, era un contratista independiente.

Es entonces que para el 1980, Ohio vuelve a dar un paso trascendental y en un caso con muy parecido a *Cooper*⁵⁶, le impone responsabilidad a un hospital. En *Hannola v. City of Lakewood*⁵⁷, un paciente es víctima de la negligencia de un médico que se encontraba de guardia en sala de emergencias. El médico, era un empleado de la compañía que operaba la mencionada sala. El hospital presenta moción de sentencia sumaria, para desestimar la demanda en su contra, pero el tribunal no aceptó el planteamiento. En este caso la Corte fundamentó, entre otros, que si el hospital se presentaba a la comunidad como un centro de servicios integrados, no podría entonces negar responsabilidad en caso de que un contratista independiente cometiere negligencia. La Corte establece dos elementos para diferenciar entre *Hannola* y *Cooper* :

a) "Cooper involved a direct verdict, whereas Hannola involved a defendant's motion for summary judgment, and consequently there remained significant issues of fact to be determined on the questions of control, induced reliance, and the hospital's independent duty of care; b) The Cooper court did not consider public policy issues, including the problem of the full service hospitals and the patient's induced reliance on the reputation of the hospital with an emergency room on the premises." ⁵⁸

A mi entender, estos dos elementos no están tan claros, ya que las situaciones de hechos y los planteamientos en ambos casos, eran prácticamente los mismos. Es mi opinión que el Tribunal trato de modificar en cierta manera la doctrina creada en Cooper, estableciendo ahora la responsabilidad de los hospitales, en casos de contratistas independientes.

En 1981 la Corte Suprema de Wisconsin resolvió el caso *Johnson v. Misericordia Community Hospitals*.⁵⁹ Los magistrados aplicaron la doctrina de la responsabilidad corporativa, para imponer responsabilidad a un hospital, por la negligencia de un ortopedista, quien a su vez era un contratista independiente. El Tribunal se basó en que el hospital no había sido diligente en verificar los antecedentes del médico, ni de supervisar su trabajo.

En 1984, la Corte de Apelaciones de Ohio decidió *Stratso v. Song*.⁶⁰ En este caso se le impuso responsabilidad al hospital, por una negligencia de un anesthesiólogo subcontratado por la compañía que tenía el contrato para administrar el sistema de anestesiología del hospital. El tribunal, se basó en que el hospital y la compañía, ambos habían redactado el reglamento pertinente, en conjunto y que el paciente nunca tuvo la oportunidad de

elegir su anesthesiólogo, ya que este le fue asignado por la respectiva administración y el nunca tuvo una relación primaria con este.

Basados en este mismo fundamento, en 1985 la Corte Suprema de Kentucky, impuso responsabilidad a un hospital por una negligencia de un médico que se encontraba en la sala de emergencias y quien era un contratista independiente.

"The operation of a hospital emergency room open to the public, where the public comes expecting medical care to be provided through normal operating procedures within the hospital, falls within the limits for application of the doctrine of apparent authority."⁶¹

Sin embargo en 1986, la Corte Suprema de Ohio, limitó la responsabilidad hospitalaria. Cuando no encontró incurso en negligencia a un hospital en un caso de contratista independiente. *Goodman v. Mercy Hospital*.⁶², versa sobre una mujer embarazada, cuyo médico tenía privilegios en el referido hospital. Mientras se encontraba en el alumbramiento (el embarazo había sido uno normal), desarrollo arrestos cardiacos y respiratorios, a consecuencia de los cuales murió. El caso se fundamenta en que el demandante, no pudo probar la negligencia del hospital. Estos dos casos que acabamos de ver, son ejemplos del auto limitación que se han impuesto los tribunales, para imponerle responsabilidad a los hospitales.

Sin embargo en 1987 le tocó a Alaska detener esta auto-limitación, cuando resolvió *Jackson v. Power*.⁶³ En éste se responsabilizó al hospital por un acto negligente de un contratista independiente, quien se encontraba de turno en la sala de emergen-

cias.

"We simply cannot fathom why liability should depend upon the technical employment status of the emergency room physician who treats the patient..."⁶⁴

En 1998, fue al tribunal de Texas que le tocó decidir un caso fundamental. *Sampson v. Baptist Memorial Hospital*.⁶⁵ es fundamental, pues la relación negligente, entre hospital y médico, no está tan clara. Sampson era un joven que fue atendido en el mencionado hospital, debido a la picada de una araña. En el hospital, un médico de sala de emergencias (contratista independiente), le dijo que eso era una alergia y que no había peligro. El paciente demanda al médico y al hospital, por no haberle diagnosticado su condición correctamente. El tribunal se basa en la teoría de 'ostensible agency', para imponerle responsabilidad al hospital.

Por otro lado uno de los casos más importantes, dentro de la responsabilidad hospitalaria lo es *Simmons v. Tuomey Medical Center*.⁶⁶ Este caso es de la Corte de Apelaciones de Carolina del Sur, en este importantísimo caso se encontró a un hospital, responsable por la negligencia de un contratista independiente, quien se encontraba de turno en sala de emergencias. Lo importante de este caso, es la doctrina que establece en su decisión:

"...hospitals have an absolute, nondelegable duty to provide competent emergency room care and treatment. This ruling renders hospitals in South Carolina strictly liable for malpractice committed by emergency room physicians including those acting as independent contractors."⁶⁷

En el año 2000, Illinois resolvió un caso en el que se extiende la responsabilidad por mala practica a los HMO's. La situación de hechos de *Jones v.*

*Chicago HMO Ltd. Of Illinois*⁶⁸ es la siguiente: Una madre de escasos recursos, llama al doctor que le había asignado la compañía que administraba el servicio médico público de Chicago. Este plan tiene un programa de llamadas de consulta, el cual fue el utilizado por la madre de la bebe de tres meses. La asistente del médico le dijo que le diera aceite de castor, la madre insistió en hablar con el doctor, pero se le dijo que este no estaba. Tarde en la noche el doctor le devolvió la llamada, diciéndole que le diera aceite de castor (igual que la asistente). Al otro día la madre decidió llevar a la niña al hospital, pues su condición no mejoraba. En el hospital se le diagnosticó meningitis bacterial, lo que le provocó quedar permanentemente incapacitada. El tribunal encontró negligente al HMO, bajo dos fundamentos: a) Asignarle al médico una cantidad de pacientes, que sobrepasaban el máximo permitido por el estado (el máximo eran 2000 y el médico tenía asignado 3,500); b) practicar una política negligente que obliga a los pacientes del HMO, a llamar primero al médico, para consulta por teléfono, antes de ir al consultorio para un examen más profundo.

La doctrina de responsabilidad por contratistas independientes ha ido en aumento; en el año 2002 la corte de apelaciones de Pennsylvania, le impuso responsabilidad a un médico, por un acto de una enfermera anestesióloga, la cual era una contratista independiente y quien fue contratada de vez en cuando, para trabajos específicos. La enfermera le había dejado un cáteter en el brazo derecho de la paciente. Es importante destacar que la operación era una ambulatoria, que fue realizada en la oficina del propio médico. Se basó su decisión en la doctrina de la autoridad aparente.⁶⁹

Ese mismo año California adoptó la doctrina de que si un paciente es mal diagnosticado en la sala de emergencia y a consecuencia de esto sufre

daños, el hospital puede ser hallado responsable, por la doctrina de autoridad aparente, ya que no existe manera de que el paciente sepa que el médico, enfermera, etc., es un contratista independiente y no un empleado del hospital. Este es el caso *Mejia v. San Bernardino Community Hospital*⁷⁰, en el cual una mujer que cargaba unas cajas, sintió un ruido en su espalda, acompañado de un intenso dolor. Una noche se levantó y como ya no soportaba el dolor, fue a la sala de emergencias. El médico de sala de emergencias la envió a sacarse unas placas del área afectada. Tanto el radiólogo, como el médico de emergencias observaron las placas y determinaron que no había fractura o daño grave alguno. Al llegar a la casa, comenzó a sentir náuseas y mareos. Sus familiares la acostaron en su cama, a la mañana siguiente la joven no se podía mover. Volvió al hospital donde le diagnosticaron el cuello roto y parálisis corporal.

b. Algunas Tendencias Doctrinales en la Jurisdicción Norteamericana

1. *Apparent Agency*: Hoy en día muchos de los doctores que nos encontramos en los hospitales, no están directamente empleados por el hospital. Se utiliza el 'test' de que si el hospital, el médico o alguno de los empleados, le hace creer al paciente que está bajo la vigilancia del hospital, entonces el hospital es responsable.

Se establece también, el que el paciente haya mirado al hospital como su proveedor de servicios primarios y no al médico. También se esta utilizando como fundamento, el que los hospitales estén anunciando servicios al público, aunque sean estos brindados por contratistas independientes. Por ejemplo, si un hospital anuncia al público su sala de emergencias como una de las más modernas y que cuenta con los mejores médicos. Aunque esta sala sea administrada por otra compañía, el hospi-

tal puede ser encontrado curso en negligencia y podría ser considerado responsable solidariamente. Inclusive hay teorías que establecen que si el 'nametag' del médico tiene símbolos del hospital, esto podría ser razón para imponer negligencia.⁷¹ (Para más detalles acerca de esta doctrina, ver pág.10, inciso d).

2. *Vicarious Liability*: Esta doctrina se basa en que todo superior es responsable por las acciones de sus subordinados. Normalmente, esta regla no aplica, cuando de contratistas independientes se trata. Ya que se entiende que no existe control alguno, sobre las acciones del contratista independiente. En todo caso, habría que recurrir al 'apparent agency' o a la doctrina del 'beneficio económico'.

3. *Corporate Negligence*: La responsabilidad bajo esta doctrina, se basa en que los hospitales le deben al paciente un trato de calidad - con todo lo que eso conlleva -, la supervisión diligente de sus empleados y también de sus contratistas independientes. Son también responsables, si no fueron diligentes a la hora de otorgar los privilegios al médico (*in negligendo*).

c. Tendencias en Europa y Latinoamérica:

i. España: La ley # 41 de 14 de noviembre de 2002, establece que "... el medico responde por no actuar conforme a las normas de su especialidad y por no poner a disposición del enfermo todos los medios de diagnostico, tratamiento y curación existentes en el lugar y, además, por no actuar con la diligencia, la prudencia y la pericia exigidas a un profesional de la medicina."

También es importante señalar que para la década de 1950, en España se estableció un sistema de responsabilidad objetiva, lo que llevaba a compensar por todo daño sufrido por el comportamiento normal o anormal del servicio público de sanidad. Sin

embargo, ya para la década de 1990, esto había cambiado. "... tanto la jurisprudencia, como la modificación de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones publicas han derivado en un sistema que exige probar la comisión de una falta por el sistema de servicio, para que entonces se ponga a funcionar el mecanismo de indemnización."⁷²

ii. Francia: En 1992 se resolvió en Francia el caso Bianchi. Con el cual se le podría imponer responsabilidad a un hospital, por los actos negligentes o culposos de uno de los médicos. Sin embargo a diferencia de nuestra jurisdicción, en 1936 en el caso Mercier, la corte de Francia estableció que la responsabilidad civil médica en casos de mala práctica era una contractual y no extracontractual como lo es en nuestra jurisdicción. La responsabilidad civil médica, se sigue fundamentando en la culpa probada. En Francia, se están tratando de unificar los sistemas de responsabilidad médica. Lo que sería un paso vanguardista para solucionar los problemas sobre responsabilidad.

iii. Colombia: Al igual que en Francia, la responsabilidad médica en Colombia, es por culpa probada. Y esta enmarcado de igual manera en la responsabilidad contractual. Las últimas tendencias jurisprudenciales, han ido aumentando el grado de responsabilidad hospitalaria en casos de impericia médica.

En 1992 se estableció que:

"...el médico y el Estado tiene más facilidades para establecer lo sucedido en un quirófano, y por tanto estaban en la obligación de demostrar la diligencia y cuidado. Se ha hablado entonces de la inversión de la carga probatoria y de

la presunción de culpa médica."⁷³

De la misma manera en Colombia se impone responsabilidad a los hospitales que han fallado en ser diligentes en cuanto a la sanidad de las áreas y recursos hospitalarios.

Otro paso muy avanzado que existe en Colombia, es que le toca al médico probar que recibió el consentimiento informado del paciente y no al paciente probar que no dio el consentimiento. Recientemente, se está empezando a aplicar la teoría del 'alea terapéutica', la cual impone responsabilidad tanto por los actos previsibles, como por los no previsibles por el hospital o el médico.

IV

Conclusión

A pesar de que todos los días cientos de personas reciben algún tipo de tratamiento médico, son pocos los que conocen las consecuencias legales que podría tener ese tratamiento, si las cosas no salen de la manera prevista. Por otro lado las distintas jurisdicciones no han logrado llegar a un acuerdo uniforme, sobre cual será el grado de responsabilidad de los hospitales en casos de mala práctica médica. Esto a llevado a que los ríos de tinta se desborden de las cuencas del papel, debido a la inmensa cantidad de teorías y fundamentos que cada quien utiliza de la mejor manera que entiende. Nuestra jurisdicción no ha sido la excepción y aquí tampoco se ha llegado a un acuerdo, sobre la imposición de responsabilidad hospitalaria.

Como hemos podido observar, las jurisdicciones francesa y colombiana, entienden el problema de manera muy singular: en caso de acusación de mala práctica, le corresponde al médico u hospital la carga de la prueba, de la misma manera a la hora de probar el consentimiento informado.

Nos parece muy interesante también el sistema de responsabilidad objetiva practicado en España a mitad del siglo XX.

A nuestro parecer, la responsabilidad médica debería ser atendida desde un punto de vista contractual. Y no desde una perspectiva extracontractual, basada en el art. 1802 de nuestro Código Civil. Pues el peso de la prueba recae en el paciente, quien generalmente no cuenta con los recursos, ni con la accesibilidad al peritaje con el que cuentan los médicos y hospitales. Lo que hace muy difícil para los afectados por negligencias médicas, y en mayor medida los más indigentes, el poder llevar y probar de manera *Prima Facie* su caso. Esto sin mencionar el alto costo que litigar este tipo de casos conlleva y que para los médicos y hospitales es mucho menos asfixiante el tener que costear. Además, muchas de estas personas que han sido víctimas de mala práctica, han quedado incapacitados total o parcialmente para trabajar. Por lo que conseguir el dinero para sufragar los costos del proceso, es una carga que no pueden llevar, lo que lleva a que finalmente no reclamen o desistan de su acción.

Nos parece muy sabia y prudente la manera en que en Colombia se trabaja este tipo de casos. Estos los resuelven a base de la Responsabilidad Contractual. Esto le facilita al paciente su causa de acción, pues lo único que tiene que probar es que el médico o el Hospital no cumplieron con lo acordado con ellos. Acordado, en un contrato de servicios que se perfecciona cuando médico diagnóstica al paciente y este acepta a tratarse. Podemos ver a simple vista que se han dado todos los elementos para la perfección de un contrato: objeto, consentimiento y causa. El objeto es el tratamiento; el consentimiento, que llega cuando el médico y el paciente concuerdan en diagnóstico

y tratamiento; y la causa, es el precio cierto que recibirá el médico o el hospital a cambio del tratamiento.

No entendemos la razón por la cuál el Tribunal procesa la mala práctica médica a través de la vía extracontractual. Cuando para otros profesionales, como lo son los abogados y los contratistas, se utiliza la lógica contractual. No entendemos el por que para unos se utiliza una lógica y para otro otra. Pues no vemos diferencia, por ejemplo, entre la responsabilidad que surge del contratista que se obliga a construir una casa con ciertos materiales y utiliza otros; el abogado que se obliga a inscribir una escritura en el registro de la propiedad y no lo hace; y el médico que se obliga a esterilizar a una mujer, la opera y al tiempo la mujer cae en cinta.

El garantizar un tratamiento médico seguro y de calidad debe ser una de las políticas públicas con más alta prioridad de cualquier país del mundo que se considere democrático y de avanzada. Imponer esta política pública le corresponde no solo a los primeros ejecutivos de los gobiernos de los diferentes países, sino que es una tarea que necesita el apoyo y respaldo, de todos aquellos entes gubernamentales que hacen gobierno a través de su política pública. No podemos permitir ni por un solo segundo el que las personas indigentes de este país se sientan desamparadas e impotentes en la lucha contra aquellos que han actuado incorrectamente, pero que con su poder económico y social, logran burlar esa responsabilidad que les deben a sus pacientes y al pueblo en general.

Este trabajo pretende ser una herramienta práctica, para la comprensión doctrinal de la responsabilidad hospitalaria en casos de impericia médica. Una guía, en una vereda que

no se encuentra muy clara y que podría significar algunos problemas para el litigante contemporáneo. Ya que muchas veces podría ser tarea ardua, el poder establecer el grado de responsabilidad hospitalaria en casos de impericia médica; especialmente cuando el médico es un contratista independiente.

NOTAS:

¹ *Márquez Vega v. Martínez*, 116 DPR 397 (1985).

² Piovonetti, Larissa, *Res Ipsa Loquitur, presunción de corrección y negligencia medica*, 27 Rev. Jur. Inter. 3 (1993).

³ *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 1985 JTS 41.

⁴ Pita, Alberto. *Resp. Civil Extracontractual: La Responsabilidad Civil de los Hospitales en Puerto Rico*. 23 Rev. Jur. Inter1 (1989).

⁵ 143 N.E. 2d 3 (1957).

⁶ *Bing*, supra.

⁷ 81 DPR 1031 (1960).

⁸ 83 DPR308 (1961).

⁹ 88 DPR 315 (1963).

¹⁰ 88 DPR 391 (1963).

¹¹ *Sociedad de Gananciales*, supra, Pág. 393.

¹² 101 DPR 209 (1973).

¹³ "Los pacientes que se encuentren bajo los efectos de la anestesia general o intrarraquidea serán atendidos constantemente por una enfermera, hasta que hayan recobrado la conciencia o hasta que hayan pasado los efectos de la anestesia."

¹⁴ 106 DPR 72 (1977).

¹⁵ *Id.*, pág. 80-81.

¹⁶ 84 STS 127 (1984).

¹⁷ *Viuda de Torres*, supra, pág. 139.

¹⁸ 84 STS 237 (1984).

¹⁹ 31 LPRA § 5142.

²⁰ 84 STS 277 (1984).

²¹ *Id.*, 4

²² 1985 JTS 41 (1985).

²³ *Ibid.*

²⁴ 108 DPR 515 (1979).

²⁵ *Marquez Vega.*, supra.

²⁶ *Supra.*

²⁷ *Martinez.*,supra.

²⁸ *Marquez Vega.* *Supra.*

²⁹ *Alfredo Mercado Torres, et. al. v. Dr. Pedro Vicente Vila, Dr. Freddie Nazario Almodóvar, Quality Health Service, h/n/c Hospital San Cristóbal y Las Entidades X, Y, Z Como Las Compañías Aseguradores Desconocidas de Los Codemandados, Recurridos.* 2004 WL 1784320 (TCA).

³⁰ *Ibid.*

³¹ 146 D.P.R. 267, 322 (1998).

³² *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 D.P.R. a las págs. 408-409.

³³ 28 USC 1332.

³⁴ 882 F.Supp. 220 (1995).

³⁵ 106 F.Supp.2d 200 (2000).

³⁶ 340 F.Supp.2d 113 (2004).

³⁷ *Ingram, John. Liability of Medical Institutions for the Negligence of Independent Contractors.* 10JCHLP221 (1993).

³⁸ *Bing.*, supra.

³⁹ *Bing.*, supra.

⁴⁰ 211 N.E. 2d 253 (1965).

⁴¹ *Ibid.*

⁴² 12 A.L.R. 4th 61

⁴³ *Brau, Herminio. Los daños y perjuicios extracontractuales en P.R.*, Págs. 213-214, (1986)

- 44 86 STS 50 (1986).
- 45 *Marquez*, supra.
- 46 Combs, Claire. *Hospital Vicarious Liability for the negligence of Independent Contractors and Staff Physicians: criticisms of ostensible agency in Ohio*. 56 UCINLR 711 (1987).
- 47 45 Cal. 2d 811
- 48 Piovanetti, Larissa. *Res Ipsa Loquitur, presunción de corrección y negligencia médica*. 27 Rev. Jur. Inter 3. (1993).
- 49 25 Cal 2d 486, (1944).
- 50 2000 JTS 122.
- 51 165 Ohio St.467. (1956).
- 52 Ibid.
- 53 175 Ohio St. 133 (1963).
- 54 211 NE 2d 326 (1965).
- 55 406 NE 2d544 (1979).
- 56 *Cooper*, supra.
- 57 426 NE 2d 1187 (1980).
- 58 *Hannola*, supra.
- 59 301 NW 2d 156 (1981).
- 60 477 NE 2d 1176, (1984).
- 61 Ibid.
- 62 3d App. D.Oh.Dec.12, (1986).
- 63 743 P.2d 1376, (1987).
- 64 *Jackson*, supra.
- 65 1998 WL 253914, (1998).
- 66 498 S.E. 2d 408, (1998).
- 67 Barnes, Edwin. *Victims of their own success?* 50 S.C.L. Rev. 1063 (1999).
- 68 730 NE 2d 1119, (2000).
- 69 *Parker v. Freilich* 803 A 2d. 738, (2002).
- 70 122 Cal Rptr. 2d 233, (2002).
- 71 Gustafson, James. *Suing the hospital when superdoc fails*. 38 May JTLA TRIAL 20 (May 2002).
- 72 Gil, Carlos. *Una directiva de la UE sobre responsabilidad sanitaria aporta- ría seguridad jurídica*. www.diariomedico.com/edicion/noticias.
- 73 Yepes, Sergio. *Paralelo entre la responsabilidad civil medica en Europa y Colombia*. *Revista Médico legal*. www.scare.org.co/recursos/RML_2_2000.

