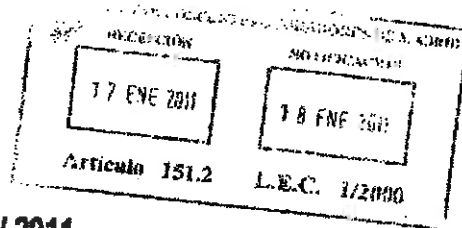


Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta) F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

JUZGADO DE LO PENAL
Nº 20 DE MADRID
JUICIO ORAL Nº 223/2007



SENTENCIA nº 1/2011

En Madrid, a 23 de diciembre de dos mil diez.

VISTA en juicio oral y público por el ilmo. Sr. Magistrado D. Vega, ante este Juzgado de lo Penal núm. 20 de Madrid, la causa penal número 223/2007, dimanante de las Diligencias Previas núm. 2654/2002 procedentes del Juzgado de Instrucción núm. 2 de Madrid, seguidas por un delito de lesiones por imprudencia grave, contra Dª. [redacted] defendida por el Letrado Sr. D. J. [redacted] en sustitución de D. [redacted] y representada por el Procurador de los Tribunales Sr. [redacted]; Dª. [redacted] del [redacted] defendida por el Letrado Sr. D. [redacted] y representada por el Procurador de los Tribunales Sr. [redacted] D. [redacted] defendidos por el Letrado Sr. D. I. [redacted] representados por el Procurador de los Tribunales Sr. [redacted]; las entidades aseguradoras St. [redacted] y Reaseguros [redacted] defendidos por el Letrado Sr. [redacted] y representada por el Procurador de los Tribunales Sra. [redacted]; y [redacted] defendida por el Letrado Sr. [redacted] y representada por el Procurador de los Tribunales Sr. [redacted] y representada por el Procurador de los Tribunales Sr. [redacted] como responsables civiles directos; y el [redacted] defendido por el Letrado del Servicio Jurídico de la CAM, Sr. [redacted] como responsable civil subsidiario; con intervención del Ministerio Fiscal y de la acusación particular de Dª. [redacted] asistidos por el Letrado Sr. Sardinero García y representados por el Procurador de los Tribunales Sra. Solera Lama.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Ministerio Fiscal en su escrito de calificación definitivo calificó los hechos como constitutivos de un delito de lesiones por imprudencia grave, previsto





y penado en el artículo 152, apartados 1º, núm. 1º, y 3º, así como una falta de lesiones imprudentes del artículo 621, apartado 3º, preceptos ambos del Código Penal, atribuibles el delito: a los acusados y

y la falta a las acusadas: y
ellos de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, solicitando las siguientes penas: para los acusados y

: arresto de 20 fines de semana a sustituir -según el artículo 88 del Código Penal (en su redacción anterior a la Ley Orgánica 15/2003)- por multa de 80 días con una cuota diaria de 20 euros, con la responsabilidad personal subsidiaria, en caso de impago, de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas, e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por tiempo de un año; para las acusadas

y multa de 30 días con una cuota diaria de 20 euros, con la responsabilidad personal subsidiaria, en caso de impago, de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas. Todo ello con el pago de las costas procesales causadas. En concepto de responsabilidad civil, los acusados y la Cia.

deberán indemnizar conjunta y solidariamente a en la suma de 300.000 euros. De dicha cantidad responderá subsidiariamente el Hospital General Universitario y la Cia. de Seguros todo ello con los intereses del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

SEGUNDO.- La acusación particular de Dª. D.
i, en idéntico trámite, calificó definitivamente los hechos como legalmente constitutivos de un delito de lesiones por imprudencia grave y profesional, previsto y penado en el artículo 152, apartados 1º, núm. 2º, y 3º, en relación con el artículo 149, ambos preceptos del Código Penal, atribuible a los acusados

y IN, sin la concurrencia en todos ellos de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, solicitando las siguientes penas: prisión de tres años con la accesoria de inhabilitación especial del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena, e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por tiempo de tres años. Todo ello con el pago de las costas procesales causadas. En concepto de responsabilidad civil, todos los acusados deberán indemnizar conjunta y solidariamente a la perjudicada en la suma de 908.868 euros. De dicha cantidad responderá directamente Cia.

y subsidiariamente el Hospital General Universitario y la Cia. de



Seguros I
Ley de Contrato de Seguro.

Todo ello con los intereses del artículo 20 de la

TERCERO.- Las Defensas de los acusados así como las entidades aseguradoras responsables civiles directas y subsidiarias, en igual trámite, negando los hechos de la acusación, solicitaron la libre absolución de sus patrocinados.

CUARTO.- Recibida la causa en este Juzgado para enjuiciamiento, se celebró la vista correspondiente el día señalado, quedando los autos conclusos y vistos para sentencia.

HECHOS PROBADOS

PRIMERO.- Resulta probado y expresamente así se declara que al mediodía del 27 de agosto de 2001, D^a [redacted], de 36 años de edad, sintió un malestar general (con mareos, cefaleas y caída con pérdida de fuerza) lo que hizo que su esposo D. [redacted] llamara al 061 para su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario [redacted] de Madrid donde éste manifestó a los médicos que la atendieron tanto los síntomas que presentaba como sus antecedentes personales, entre ellos el trombo embolismo pulmonar que había sufrido cuatro años antes, y familiares. El diagnóstico emitido, una vez comprobado que la exploración neurológica era normal, fue de "probable síndrome ansioso depresivo", la remiten a psiquiatría y le recomiendan un seguimiento por parte de su médico de atención primaria.

Al día siguiente, el 28 de agosto, sobre las 21:00 horas, D^a [redacted] se sintió nuevamente mal (con mareos, cefaleas, pérdida de fuerza en el lado derecho de su cuerpo e incapacidad para el habla) por lo que acudió en compañía de sus familiares al mismo centro hospitalario donde fue examinada en el Servicio de Urgencias, Especialidad de Psiquiatría, por los médicos residentes de 2^o y 4^o año, respectivamente, las acusadas D.^a [redacted] y D.^a [redacted] del [redacted], mayores de edad y sin antecedentes penales, que dando como bueno el diagnóstico realizado el día anterior y sin que determinados síntomas nuevos como el mutismo les alertaran sobre un posible trastorno neurológico, todo ello unido a los antecedentes de la paciente y los del padre de la misma que había fallecido por una hemorragia cerebral, tal y como les había relatado D. [redacted], decidieron dejar ingresada en observación a la paciente en la Unidad de Psiquiatría, recomendando sujeción geriátrica. Las dos



acusadas decidieron, no obstante, consultar con el Médico Adjunto y responsable último del Servicio de Urgencias de la Unidad de Psiquiatría, el acusado D. _____, mayor de edad y sin antecedentes penales, quien no se cercioró de que la exploración que practicaron los médicos residentes fuera completa y acertada y, a pesar de la consulta por éstas, no examinó personalmente a la paciente, limitándose a indicar que esta última fuera sedada.

SEGUNDO.- Sobre las 7 horas del día 29 de agosto, D^a. _____ presentaba una ligera desviación de la comisura labial, síntoma que apunta a una patología neurológica. En esa mañana, el acusado D. _____, mayor de edad y sin antecedentes penales, responsable del Servicio de Psiquiatría, examinó los informes de los días 27 y 28, y conversó con el marido de la paciente que le expuso sus antecedentes así como su preocupación sobre la posibilidad de que se tratase de un infarto cerebral, a pesar de lo cual no fue hasta la tarde de ese mismo día cuando tras efectuarle un TAC a la paciente fue diagnosticada de infarto isquémico de arteria cerebral media izquierda, adoptándose a partir de entonces el tratamiento a esa dolencia de carácter neurológico y no psiquiátrico.

TERCERO.- A consecuencia de los anteriores hechos, D^a. _____ sufrió hemiparexia derecha con afectación de extremidad superior derecha y alteraciones visuales, lesiones que para su sanidad precisaron de tratamiento médico consistente en rehabilitación y tratamiento farmacológico, tardando 809 días en curar, estando 60 días hospitalizada y 120 incapacitada para sus ocupaciones habituales. Habiendo quedado como secuelas: hemiparesia derecha grave, afasia motora, diplopía de ojo derecho por debilitamiento de los músculos oculares externos con pérdida del campo visual derecho del 25 por 100, paresia de la acomodación, trastorno de la afectividad y perjuicio estético importante.

No se ha acreditado la existencia de una relación causa efecto entre la actuación de los acusados y la pérdida del embrión mediante interrupción voluntaria del embarazo de D^a. _____ llevada a cabo el día 24 de octubre de 2001.

CUARTO.- Los acusados D.^a _____ y D. _____ tienen contratada una póliza de seguro profesional con la Cia. St. _____ y Reaseguros (actualmente, _____ y la Cia. de _____ tiene concertada póliza de seguro con el Hospital General _____ de Madrid y sus empleados.



Madrid

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- Por la acusación particular, de conformidad con el artículo 786 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y como cuestión previa, se aporta informe pericial en el acto de la vista para valorar los hechos y acreditar las secuelas a fecha del día del juicio y solicita su ratificación por el perito autor del mismo, el neurólogo D. Julián Benito León. Admitiéndose dicha prueba.

SEGUNDO.- Resulta prioritario llevar a cabo el análisis de la prueba practicada en el acto del juicio, otorgando la tutela judicial efectiva que las partes se merecen, posibilitando el acceso a los recursos, si a ello hubiera lugar.

De la actividad probatoria desarrollada en el acto del juicio oral, de conformidad con el artículo 741 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, apreciando en conciencia las pruebas practicadas en el juicio, se destacan como relevantes para el contenido de esta resolución los siguientes medios probatorios: a) Las declaraciones de los propios acusados; b) Testificales de otros profesionales sanitarios así como de la presunta víctima y su marido; c) periciales médicas, y d) documental obrante en las actuaciones.

Conforme al apartado de hechos probados, hemos de distinguir las sucesivas fases temporales en las que se desarrollan los hechos con la diferente intervención de los acusados:

1º.- Al mediodía del 27 de agosto de 2001, Dª. Ángeles Peco Ruiz sintió un malestar general lo que hizo que su esposo D. [redacted] llamara al 061 para su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital General de Madrid donde éste manifestó a los médicos que la atendieron tanto los síntomas que presentaba como sus antecedentes personales, entre ellos el trombo embolismo pulmonar que había sufrido cuatro años antes, y familiares (su padre falleció por infarto cerebral, según relata la propia [redacted] en el acto del juicio). La paciente fue atendida por la testigo y médico D.ª [redacted], del Área de Medicina Interna, quien elaboró el informe obrante a los folios 11 y 12 de las actuaciones. Aquella le refiere personalmente que sufre mareos y cefaleas con sensación de pérdida de fuerza en brazo derecho. Ante tales síntomas, la doctora le hace una exploración general y neurológica, una analítica y la radiografía del tórax para descartar cualquier patología. El diagnóstico es "probable síndrome ansioso-depresivo" y la deriva a psiquiatría (al no objetivar durante el examen patología neurológica) por un probable trastorno depresivo así como el control por su médico de atención primaria.

El testigo D. _____ atendió a continuación a la paciente por ese cuadro ansioso-depresivo que presentaba, al encontrarse ese día de guardia en el Servicio de Urgencias, Especialidad de Psiquiatría, como médico residente de 2º año. Emitió el informe obrante al folio 185 de las actuaciones, de cuyo contenido se ratifica. Le dio el alta así como le prescribió su control por su médico de cabecera. No le consta que aquella presentara en el momento de ser examinada ninguna lesión orgánica (ni paresia ni desviación de la comisura labial).

2º- Al día siguiente, el 28 de agosto, sobre las 21:00 horas, D.ª _____ se sintió nuevamente mal (con mareos, cefaleas, pérdida de fuerza en el lado derecho de su cuerpo e incapacidad para el habla) por lo que acudió en compañía de sus familiares al mismo centro hospitalario. En su declaración testifical, recuerda solamente que no podía hablar, la falta de movilidad y que tenía mucho calor. Allí fue examinada en el Servicio de Urgencias, Especialidad de Psiquiatría, por los médicos residentes de 2º y 4º año, respectivamente, las acusadas D.ª _____ y D.ª _____.

La primera, en su declaración, señala que la paciente presenta un estado de inquietud y no podía hablar por lo que, siguiendo el protocolo de actuación del centro hospitalario, recaba antecedentes médicos y psiquiátricos de forma verbal de su marido (quien le refiere que había tenido un trombo embolismo pulmonar hacia unos cuatro años), los informes médicos del día anterior (donde consta una exploración general y neurológica así como una analítica) así como le realiza una exploración psiquiátrica pero especial al no poder hablar la paciente. No le aprecia, por otra parte, ninguna desviación de la comisura labial. Y emite el informe que obra en el folio 13 de las actuaciones.

La acusada D.ª _____ es requerida por su compañera D.ª _____ a a fin de prestarle ayuda dado el elevado número de pacientes que había en ese momento en Urgencias. Con relación a la paciente D.ª _____, D.ª _____ le comentó los informes del día anterior. Tampoco D.ª _____ le apreció en D.ª _____ desviación de la comisura de labial.

D. _____ esposo de D.ª _____, mantiene una conversación con ambas acusadas, proporcionándoles los informes médicos del día anterior así como que les hace saber que aquella estuvo ingresada hacia cuatro años por un trombo embolismo pulmonar del que no le quedaron secuelas.

Ninguna de las acusadas reconoce haber realizado a la paciente una exploración neurológica que descartara una patología de este carácter, a pesar de estimar ambas que la pérdida de fuerza y de habla (mutismo) pueden ser signos neurológicos, como tampoco se interesaron por las constantes de aquella.

Limitándose D.^o a hacerle una exploración general y adecuada (sic) a la paciente, a las circunstancias en las que ésta se encontraba.

Las dos acusadas decidieron, previamente, consultar telefónicamente con el Médico Adjunto y Jefe del Servicio de Urgencias de la Unidad de Psiquiatría, el también acusado D.

Ratificándose en su declaración en fase sumarial (folio 149 de las actuaciones), D.^o decidió elevar la consulta al adjunto porque "el caso era complejo y había dudas" y necesitaba supervisión del manejo clínico. A tal efecto, le hizo una sinopsis del informe del día anterior así como le relató la exploración efectuada. En todo caso, aquél no se cercioró de que la exploración practicada por los médicos residentes fuera completa y acertada y, a pesar de la consulta, no examinó personalmente a la paciente ni solicitó el informe del día anterior -como él mismo reconoció en el acto del juicio-, limitándose a indicar que esta última fuera sedada y permaneciera en observación en la Unidad de Psiquiatría hasta que la inquietud remitiera, recomendando sujeción geriátrica. No debemos olvidar que la sedación había permitido la recuperación de la paciente el día anterior. Como señala el acusado, D.^o se había recuperado totalmente el día anterior con un lexatin y un paracetamol, desapareciéndole todos los síntomas. Razón por la cual le pautan el mismo tratamiento.

Al no evolucionar en los síntomas (segula sin hablar) se decide a las 0:30 horas el ingreso de D.^o en planta, constanding en su declaración en fase sumarial que el acusado D.^o le sechó la posibilidad que aquélla fuera valorada por el Área de Medicina Interna (folio 144). Igualmente, el acusado señala que, de lo referido por las acusadas, en D.^o no había ningún signo que no fuera otro que el psiquiátrico.

3.^o Sobre las 7 horas del día 29 de agosto, D.^o presentaba una *ligera desviación de la comisura labial* -tal y como recoge en una nota (las observaciones de enfermería obrante al folio 406 de las actuaciones) la testigo y enfermera, en el turno de noche (de 22:00 horas a 8:00 horas), de la planta del Servicio de Psiquiatría, D.^o, a la que añade "vigilar" para evitar que fuera a más, al tener aquélla antecedentes de trombo embolismo pulmonar (sic)-. Síntoma este que apunta, sin ningún género de dudas, a una patología neurológica.

En esa mañana, el cuarto acusado D.^o médico psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital, tras la "sesión del equipo asistencial" a primera hora (donde se leen los informes de ingreso del Servicio de Guardia) deviene responsable de la paciente. El acusado examina los informes de los días 27 y 28, explora a D.^o a ve muy angustiada, pero no observa nada especial. Posteriormente, conversó con el marido de la paciente (al no poder

hablar ella), quien le expuso sus antecedentes así como su preocupación sobre la posibilidad de que se tratase de un infarto cerebral. En concreto, según declara D. [redacted] en el plenario, le comenta que por favor le hagan pruebas ya que la encuentra mucho peor que el día anterior cuando la ingresaron. Y según él "el acusado no le hizo el más mínimo caso".

Ni el acusado ni la enfermera de la planta y testigo D.ª [redacted] apreciaron durante toda la mañana en D.ª [redacted] la citada desviación de la comisura labial, según declaran, a pesar de figurar en la nota emitida por D.ª [redacted] D.ª [redacted] señala que le hicieron una exploración a la paciente (la hicieron soplar y le dieron de beber para comprobar la desviación del labio). Se toma un vaso de leche y un yogurt, según anotó en el cuaderno.

El acusado la ve muy angustiada y con una sintomatología depresiva aguda, tras explorarla. Redacta la hoja de evolución, obrante en los folios 415 a 418, así como el informe que figura en los folios 413 y 414, que es una mera transcripción del informe del Servicio de Urgencias de Psiquiatría del día anterior elaborado por la acusada D.ª [redacted] (obrando al folio 13), tal y como se pone de manifiesto a preguntas de la acusación particular, y sin que conste el resultado de la exploración que él dijo haberle efectuado así como tampoco la desviación de la comisura labial apreciada por la enfermera esa madrugada.

La tarde de ese día 29 es cuando tras efectuarle un TAC a la paciente fue diagnosticada de infarto isquémico de arteria cerebral media izquierda, adoptándose a partir de entonces el tratamiento a esa dolencia de carácter neurológico y no psiquiátrico.

La testigo y médico D.ª [redacted] quien esa tarde formaba parte del equipo de guardia, declara que a las 17:00 horas se hizo una revisión a la paciente y no se apreciaron síntomas. Es -según ella- a las 22:00 horas cuando aparecen los primeros síntomas de hemiparesia, y se pide la interconsulta de neurología.

En cuanto a las periciales, el médico forense, D. [redacted] se ratifica en los informes emitidos en el presente procedimiento y obrantes a los folios 228, 271, 272, 375 a 379 de las actuaciones. Señala el perito que la paciente presentaba el día 27 de agosto un cuadro clínico compatible con un accidente isquémico cerebral transitorio (AIT) que se resolvió espontáneamente y de forma asintomática. Los síntomas que presentaba D.ª [redacted] remitieron con un ansiolítico pero reaparecen agravados (con el mutismo o pérdida del habla) el día 28. A su juicio, el cuadro del día 27 era menos perfilado, menos nítido. Se produjo un ictus transitorio que desaparece. Era un aviso. Una llamada de atención para las siguientes horas. Y que un cuadro clínico de similares características pero

persistente en el tiempo ocurrió al día siguiente, siendo compatible con un accidente cerebro vascular agudo isquémico. Reitera, a preguntas del Ministerio Fiscal, lo señalado en el punto 2º de su informe de fecha 22 de enero de 2004. El nuevo ingreso del día 28 de agosto estuvo motivado por un cuadro clínico de aspecto similar al del día anterior pero más severo y, en todo caso, con sintomatología no reversible: mutismo, angustia de la enferma, que van perfilando más nítidamente el cuadro clínico. A su juicio debería de pensarse en un trastorno neurológico. Y con más motivo con la desviación de la comisura labial que aparece en la madrugada del día 29. Estos síntomas, una vez detectados cuando antes sean tratados mejor. Es crucial. Perder esta ocasión y con el aviso del día 27, "estamos marchando hacia el infarto". Diagnóstico y tratamiento lo antes posible pueden evitar el desenlace fatal. Si lo dejamos a su curso normal estamos facilitando el infarto. Se retrasó el tratamiento adecuado, concluye. En estas situaciones es importante el diagnóstico precoz para que la terapia instaurada sea lo más eficaz posible.

Con el historial de la paciente y los síntomas que presentaba, sobre todo tras el segundo ingreso, no se puede descartar un trastorno neurológico. Lo correcto era haber tenido en cuenta las circunstancias de tipo neurológico y no solo psiquiátrico. Haber tomado las constantes, la tensión, la temperatura, etc.

Por último, hemos de tener en cuenta lo declarado por los peritos D. Alfor... neurólogo y psiquiatra, D. ... médico psiquiatra, y D. ... neurólogo. Para este último, así como el día 27 se hizo a la paciente una exploración general y neurológica no ocurrió lo mismo el día 28. En el informe obrante al folio 13 no consta exploración neurológica alguna. Le llama la atención a este neurólogo que estén en blanco los apartados de constantes (pulso, tensión arterial y temperatura) cuando lo habitual es que se tomen.

El perito neurólogo es tajante al señalar que era preciso descartar una patología neurológica en una paciente, como D.ª ... mediante la correspondiente exploración, sin antecedentes psiquiátricos claros (no estaba diagnosticada), con antecedentes de tabaquismo y de un trombo embolismo pulmonar (ocurrido hacia cuatro años), y de una pérdida de fuerza en lado derecho (de un accidente isquémico transitorio previo), más la pérdida de habla, agravado al día siguiente con la desviación de la comisura labial. La afasia -señala- es un síntoma aparentemente neurológico como la parexia.

Para dicho especialista no es excusa el no haber realizado la correspondiente exploración neurológica en base al hecho de haberse practicado el día anterior teniendo en cuenta los síntomas y antecedentes que presentaba la paciente. Siendo, a su juicio, el test del dímero un marcador inespecífico a los efectos de

esclarecer (en sospechas de trombo embolismo pulmonar) un ictus. Este no se puede diagnosticar con dicha prueba.

Del historial clínico obrante en las actuaciones no consta que la exploración neurológica se haya efectuado. Así, en los folios 413 y siguientes no consta que el acusado D. . . . a pesar de los síntomas que presentaba la paciente fuera explorada neurológicamente. Además, según D. . . . la sujeción geriátrica dificultaba la apreciación de nuevos síntomas.

Para el neurólogo estaríamos ante un ictus in crescendo, coincidiendo con lo declarado por el médico forense. Y en el ictus el tiempo es oro. Las seis primeras horas son fundamentales en el manejo del ictus. Destacando que en el Hospital . . . hay unidad de ictus. Y a medida que transcurre el tiempo las posibilidades de recuperación se reducen, como efectivamente sucedió.

TERCERO.- Los hechos descritos son constitutivos de un delito de lesiones por imprudencia grave, previsto en el artículo 152, apartado 1º, número 2º, en relación con el artículo 149 (*El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica*), así como una falta de lesiones por imprudencia leve del artículo 621, apartado 3º, preceptos todos ellos del Código Penal.

La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2002 señala, haciendo mención a una reiterada jurisprudencia (sentencias de 23 de octubre de 2001, 16 de junio de 1987 y 24 de octubre de 1994), que la comisión de un delito de imprudencia exige:

- una acción u omisión voluntaria,
- la creación con ella de una situación de riesgo previsible y evitable,
- la infracción de una norma de cuidado, y
- la producción de un resultado dañoso -hoy no de cualquiera sino del propio de alguno de los tipos dolosos que admiten la forma culposa- derivado de aquella descuidada conducta,
- de forma que entre la conducta y el daño exista una adecuada relación de causalidad.

Y como señala la sentencia del Alto Tribunal de 29 de noviembre de 2001, cuando la culpa esté relacionada con la conducta de un profesional, que ha de tener saberes y posibilidades específicas de actuación preventiva de un daño, las reglas socialmente definidas alcanzan un más alto grado de exigencia pues no son ya las comunes que se imponen a cualquier persona, sino que incluyen las del

conocimiento y aplicación de los saberes específicos para los que ha recibido una especial preparación y titulación. La inobservancia de esas reglas determina un plus de antijuridicidad.

En el caso concreto de la culpa médica se ha reconocido en la doctrina jurisprudencial, señala la indicada sentencia "que no la constituye un mero error científico o de diagnóstico, salvo cuando constituyen un error cuantitativa o cualitativamente de extrema gravedad, ni cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy cualificada especialización, y para evaluarla se encarece señaladamente que se tengan en consideración las circunstancias de cada caso concreto, con lo que se determinan grandes dificultades porque la ciencia médica no es una ciencia de exactitudes matemáticas y los conocimientos diagnósticos y de remedios están sometidos a cambios constantes determinados en gran medida por los avances científicos en la materia", como ya estableció la sentencia de 25 de mayo de 1999.

Continua la referida sentencia, que en el vigente Código Penal de 1995, con general aceptación de la doctrina científica, ha desaparecido, como se establece en el artículo 12, la configuración genérica de la imprudencia («crimen culpae»), sustituida por tipificaciones concretas de la misma expresamente establecidas en la ley («crimina culposa») y ha desaparecido también la calificación tripartita del sistema derogado. Las nuevas categorías legales de imprudencia son la grave, la única que constituye delito y la leve que equivalen en lo esencial a las anteriormente denominadas temeraria y simple. Se diferencian básicamente entre sí en la mayor o menor intensidad del quebrantamiento del deber objetivo de cuidado que, como elemento normativo, sigue siendo la idea vertebral del concepto de imprudencia, como se dijo en la sentencia de 10 de octubre de 1998. La imprudencia grave requiere el olvido u omisión de los cuidados y atención más elementales lo que se traduce, en el caso de la culpa médica profesional, en impericia inexplicable y fuera de lo corriente.

Con respecto al tratamiento de la negligencia penal en el ámbito de las profesiones sanitarias, cuando se juzgan imprudencias médicas, deben tenerse en cuenta, por tanto, las siguientes consideraciones:

- 1ª. El simple error de diagnóstico o en la terapia no constituye delito, salvo que por su entidad o categoría cualitativa o cuantitativa resulten de extrema gravedad.
- 2ª. El estudio, a efectos penales, del profesional ha de hacerse caso por caso, atendiendo a todas las circunstancias concurrentes y evitando generalizaciones.
- 3ª. El análisis casuístico debe efectuarse valorando la conducta exigible al facultativo medio normal (sin perjuicio de la especial preparación que

caracteriza a los especialistas) en función de la situación del paciente y el resultado mortal o lesivo, dentro de la correspondiente relación de causalidad, apreciando la intervención del profesional en el diagnóstico, en la terapia y en sus reacciones durante el curso de la enfermedad y huyendo de generalizaciones.

Dentro de la imprudencia profesional, la correspondiente a la actuación del médico presenta siempre graves dificultades para su apreciación, porque la ciencia que profesan es inexacta por definición, confluyen en ella factores y variables totalmente previsibles que provocan serias dudas sobre la causa determinante del daño, y a ello se añade la necesaria libertad del médico, que nunca debe caer en audacia o aventura. La relatividad científica del arte médico -los criterios inamovibles de un día dejan de serlo para otro posterior-, la libertad, en la medida expuesta, y el escaso papel que juega la previsibilidad, son notas que caracterizan la actuación de estos profesionales. La profesión en sí mismo no constituye, en materia de imprudencia, un elemento agravatorio ni calificativo -no quita ni pone imprudencia-, pero sí puede influir, y de hecho influye, para determinar no pocas veces la culpa o graduar su intensidad.

Por ello, hay que poner de relieve que la imprudencia temeraria grave nace cuando el tratamiento médico o quirúrgico incide en comportamientos descuidados, de abandono y de omisión del cuidado exigible, atendidas las circunstancias de lugar, tiempo, personas, naturaleza de la lesión o enfermedad, que conduzcan, olvidando la *lex artis*, a resultados lesivos para las personas (en este sentido, sentencias del Tribunal Supremo de 5 de julio de 1989 y 3 de octubre de 1997). Incluso, se ha de tener en cuenta que la práctica de las actividades sanitarias por los facultativos y técnicos correspondientes exige una cuidadosa atención a la *lex artis*, en la que, sin embargo, no se pueden sentar reglas preventivas absolutas, dada la evolución de la ciencia médica, la variedad de tratamientos al alcance del profesional y el diverso factor humano sobre el que actúe, que obliga a métodos y atenciones diferentes.

Así, la responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procederá -a efectos de calificar su conducta como imprudencia grave-temeraria penalmente reprochables- cuando en el tratamiento médico o quirúrgico efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, con falta de adopción de cautelas de generalizado uso o en ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado, en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que aquél requiere, siendo un factor esencial para tener en cuenta, a la hora de establecer y sopesar el más justo equilibrio en tal delicado análisis, el de la propia naturaleza humana, que de

por sí sufre el desgaste de los años o el deterioro, más o menos sorprendente, de la personalidad fisiológica, avocada, antes o después, al resultado lesivo, cualesquiera que sean las técnicas, los avances o las atenciones prestadas (vide sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 1991).

En el presente caso, podemos señalar sin ningún género de dudas que los acusados no actuaron conforme a la praxis médica exigible. El día 27 de agosto de 2001, D.^a [redacted] ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital aquejada de unos síntomas (mareos y cefaleas con sensación de pérdida de fuerza en brazo derecho) y con unos antecedentes personales (entre ellos el trombo embolismo pulmonar que había sufrido cuatro años antes) y familiares (su padre falleció por infarto cerebral) que determinan que se le practique una exploración general y neurológica así como una analítica y la radiografía del tórax para descartar cualquier patología. Ese día el diagnóstico es "probable síndrome ansioso-depresivo" y se la deriva a psiquiatría (al no objetivar durante el examen patología neurológica) por un probable trastorno depresivo así como el control por su médico de atención primaria.

Al día siguiente, el 28 de agosto, D.^a [redacted] acude nuevamente al Hospital con los síntomas del día anterior agravados por la pérdida del habla, siendo examinada en el Servicio de Urgencias, Especialidad de Psiquiatría, por las acusadas D.^a [redacted] y D.^a [redacted] quienes, sin embargo, dan como bueno el diagnóstico realizado el día anterior. El marido de aquella vuelve a alertar a las doctoras de los antecedentes personales y familiares de D.^a [redacted]. Ambas son conscientes de la complejidad del caso, y prueba de ello es que lo consultan con el médico adjunto. No obstante el cuadro que presentaba la paciente que exigía una exploración neurológica que sirviera al menos para descartar una patología de tal carácter, se decidió por el equipo médico sedarla y dejarla ingresada en observación en la Unidad de Psiquiatría, recomendando sujeción geriátrica. Hay por tanto, una falta de diligencia de los acusados al no realizar las exploraciones y pruebas exigibles ni tomar las constantes de la paciente dado el estado en el que se encontraba. Basta comparar los informes del día 27 con los del día 28, máxime cuando la paciente presentaba el segundo día un empeoramiento de los síntomas. Agravada esa omisión del cuidado exigible, en el caso del médico adjunto, al no cerciorarse de que la exploración practicada por los médicos residentes fuera completa y acertada así como no examinar personalmente a la paciente. Consta asimismo en su declaración en fase sumarial que éste desechó la posibilidad que D.^a [redacted] fuera valorada por el Área de Medicina Interna (folio 144).

Como señala el perito neurólogo, era preciso descartar una patología neurológica en una paciente, como D.^a [redacted], mediante la correspondiente exploración, sin antecedentes psiquiátricos claros (no estaba diagnosticada), con antecedentes de tabaquismo y de un trombo embolismo pulmonar (ocurrido hacia

cuatro años), y de una pérdida de fuerza en lado derecho (de un accidente isquémico transitorio previo), más la pérdida de habla, y que —como se verá después— se agravará al día siguiente con la desviación de la comisura labial. Además, en su opinión, la pérdida del habla (afasia motora deducida de otros síntomas) como la pérdida de fuerza en el lado derecho son síntomas aparentemente neurológicos que aparecen recogidos en el informe elaborado por la acusada D.ª [redacted] el día 28 de agosto.

Al no evolucionar en los síntomas, los acusados deciden el ingreso de D.ª [redacted] en planta del Servicio de Psiquiatría. Ésta presenta en la madrugada del día 29 de agosto una *ligera desviación de la comisura labial* —tal y como recoge en las observaciones de enfermería (obranste al folio 406 de las actuaciones) la testigo y enfermera, en el turno de noche, D.ª [redacted], a la que añade “vigilar” para evitar que fuera a más, al tener aquella antecedentes de trombo embolismo pulmonar. Síntoma este que apunta, sin ningún género de dudas, a una patología neurológica. A pesar de ello, el acusado D. [redacted] no adoptó ningún tratamiento. Y ello, aun contando con la información proporcionada por el marido de la paciente, quien le transmitió igualmente su temor sobre la posibilidad de que se tratase de un infarto cerebral. En concreto, en su declaración testifical D. [redacted]

[redacted] le comenta al acusado que por favor le hagan pruebas ya que la encuentra mucho peor que el día anterior cuando la ingresaron pero —según él— “el acusado no le hizo el más mínimo caso”. Éste redacta un informe que figura en los folios 413 y 414, que es una mera transcripción del informe del Servicio de Urgencias de Psiquiatría del día anterior elaborado por la acusada D.ª [redacted] (obranste al folio 13), como se pone de manifiesto a preguntas de la acusación particular, y sin que conste en el mismo el resultado de la exploración que él dijo haber efectuado a D.ª [redacted] así como tampoco la desviación de la comisura labial apreciada por la enfermera esa madrugada.

Los peritos son tajantes al respecto. Con la anterior sintomatología y los antecedentes que presentaba D.ª [redacted], unido a la aparición de la desviación de la comisura labial, a su juicio debería de pensarse en un trastorno neurológico. Y estos síntomas, una vez detectados cuando antes sean tratados mejor. Es crucial. Perder esta ocasión y con el aviso del día 27, “estamos marchando hacia el infarto”, sentencia el médico forense. Diagnóstico y tratamiento lo antes posible pueden evitar el desenlace fatal. Si lo dejamos a su curso normal estamos facilitando el infarto. Es por ello, que de la prueba practicada se puede inferir que los acusados dejaron que el ictus se desarrollara con su falta de diligencia y su obrar incorrecto, omitiendo el tratamiento adecuado que hubiera podido alertar del trastorno neurológico. No se realizan todas las pruebas que la praxis médica impondría como necesarias y pertinentes. Estamos en presencia de un ictus in crescendo —tal y como sostiene el médico forense y el especialista en neurología— que evolucionó el día 28, agravándose en la madrugada del día 29 para luego



tener esa noche el fatal desenlace. Y en el ictus el tiempo es oro. Las seis primeras horas son fundamentales en su manejo. Debiendo destacar que en el Hospital : hay unidad de ictus. Y a medida que transcurre el tiempo las posibilidades de recuperación se reducen, como desgraciadamente se pudo comprobar.

No se debió descartar por parte de todos los acusados un proceso neurológico. Máxime cuando —como dice el perito de la defensa D. . "los psiquiatras saben más de neurología que los neurólogos de psiquiatría".

CUARTO.- Los acusados D. / D. son responsables, en concepto de autores, del delito antes expresado mientras que las acusadas D.ª y D.ª lo son de la falta ya descrita, todo ello de conformidad con el artículo 28 del Código Penal, por su participación material y directa en los hechos enjuiciados.

La diferente cualificación profesional de las acusadas D.ª E y D.ª , médicos internos residentes de segundo y cuarto año, respectivamente, en el momento de los hechos, reclama un específico tratamiento penal. Su intervención en los hechos debe, por tal condición, degradar su responsabilidad. El Tribunal Supremo viene entendiendo que el médico interno residente se limita a realizar una asistencia sanitaria tutelada. Es un médico que se encuentra aún en formación, bajo la dependencia del Jefe de Servicio o médico titular con el que interviene, y es éste quien responde por los actos que aquél realiza, al incumplir el deber de vigilancia, con la excepción, claro está, que el MIR asuma indebidamente una actuación, en cuyo caso estaríamos en un supuesto de culpa por asunción.

La posición de garante de las acusadas respecto de la paciente y su deber de actuar, no era el mismo, de quien precisamente por haber obtenido ya la titulación de especialista en Psiquiatría, ostenta ya la condición o cualidad de Médico Adjunto, en el servicio de guardia o urgencias, el acusado D. , que habiendo terminado ya su íntegro y definitivo periodo de formación como médico especialista, presta sus servicios como médico adjunto en el servicio de urgencias en el Hospital.

Ciertamente que quién atendió directamente a D.ª , fueron las acusadas, ahora bien ello no debe hacernos perder de vista, que tal asistencia la realizaban con motivo de su formación específica encontrándose su actividad totalmente supervisada, como así ocurrió, por el Médico Adjunto, que ejerce las funciones de tutela formativa sobre aquéllas. Como señala el médico forense que



Madrid

intervino como perito en el presente procedimiento "un residente, al estar en período formativo, ha de consultar al adjunto".

En el presente caso, no se ha acreditado, ni discutido, extralimitación alguna de las funciones de las acusadas. Es más éstas consultan el caso, cada una separadamente al Adjunto. Y respecto del acusado D. [redacted] por cuanto tratándose de un médico adjunto de urgencias, como supervisor de la actuación médica de las doctoras acusadas, debió examinar a la paciente personalmente y acordar la práctica de las exploraciones y demás pruebas complementarias que su estado aconsejaba. Al respecto, el médico forense D. [redacted] declara que "era necesario explorarla antes de tomar una decisión por parte del adjunto". En idéntico sentido, señala el neurólogo [redacted] que "en casos complejos como el presente (y así lo califica la acusada D.ª [redacted]), el adjunto debería reexaminar a la paciente".

Queda por lo demás acreditado que aunque los tres acusados declaran que no hubo discrepancia en cuanto al criterio adoptado, la decisión última fue del adjunto. Y, en otro caso, si hubiera habido discrepancia, prevalecería el criterio de éste.

QUINTO.- Concurren en los acusados la nueva circunstancia atenuante de dilaciones indebidas del núm. 6º del artículo 21 del Código Penal, introducida por la reforma operada por Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio: "La dilación extraordinaria e indebida en la tramitación del procedimiento siempre que no sea atribuible al propio inculpado y que no guarde proporción con la complejidad de la causa".

Con esta reforma se otorga carta de naturaleza legal a la circunstancia atenuante de dilaciones indebidas. Se exige para su apreciación que el retraso en la tramitación tenga carácter extraordinario, que no guarde proporción con la complejidad de la causa y que no sea atribuible a la conducta del propio inculpado. Recogiendo, de este modo, los elementos fundamentales de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que había construido esta circunstancia como una atenuante por analogía.

En el caso que nos ocupa, han transcurrido nueve años desde que ocurrieron los hechos, tiempo más que suficiente para la instrucción y enjuiciamiento de la causa, sin que sea atribuible su excesiva duración al comportamiento de los acusados.

SEXO.- La pena a imponer seguirá los siguientes criterios de individualización:

La pena del delito de lesiones por imprudencia grave es de uno a tres años, si se tratare de las lesiones del artículo 149, conforme al núm. 2º del apartado 1º del artículo 152 del Código Penal.

Partiendo del marco penológico previamente señalado y al concurrir una circunstancia atenuante, en atención al artículo 66, apartado 1º, regla 1ª del Código Penal, se aplicará la pena en la mitad inferior de la que fije la Ley para el delito. Procede, en consecuencia, imponer a los acusados

la pena de un año de prisión, atendido el tiempo transcurrido desde que sucedieron los hechos (nueve años) como adecuada al desvalor de la conducta y a todas las circunstancias del hecho.

Con arreglo al apartado 3º del artículo 152 del Código Penal, "cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a cuatro años". Al igual que con la pena privativa de libertad y por los mismos motivos, procede imponer la inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión de médico por un período de un año.

Además, esta sanción lleva aparejada la pena accesoria de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo por el tiempo de la condena (artículo 56, apartado 2º Código Penal).

En cuanto a la falta de lesiones por imprudencia leve, sobre la base del artículo 621, apartado 3º, ("Los que por imprudencia leve causaran lesión constitutiva de delito serán castigados con pena de multa de 10 a 30 días"), y el artículo 638, ambos del Código Penal ("En la aplicación de las penas de este Libro procederán los Jueces y Tribunales, según su prudente arbitrio, dentro de los límites de cada una, atendiendo a las circunstancias del caso y del culpable, sin ajustarse a las reglas de los artículos 61 a 72 de este Código"), procederá imponer a cada una de las acusadas la pena de multa de diez días, atendiendo igualmente al tiempo transcurrido desde que sucedieron los hechos.

El artículo 50 del Código Penal habla de la pena de multa, indicando que dicha pena consiste en una sanción pecuniaria. Los jueces y tribunales motivarán la extensión de la pena dentro de los límites establecidos para cada delito o falta, fijando su importe teniendo en cuenta la situación económica del reo, su patrimonio, ingresos, obligaciones y cargas familiares, así como otras circunstancias del reo.

Por su parte, el artículo 53 del Código Penal al hablar de la pena de multa manifiesta que si el condenado no satisficiera la pena de multa, quedará sujeto a

una responsabilidad personal subsidiaria de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas.

En el caso enjuiciado, se le impondrá a cada una de las acusadas la pena de multa en la cuantía de 10 euros/día, teniendo en cuenta la situación económica en la que se encuentran, particularmente los ingresos que perciben como profesionales de la medicina.

SÉPTIMO.- El artículo 109 del Código Penal dice que "la ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las leyes, los daños y perjuicios por él causados". Y el artículo 110 del mismo texto, establece que ello comprende la restitución, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios.

Teniendo en cuenta que de la comisión de un hecho delictivo no se deriva sólo la responsabilidad penal sino que también puede derivarse la responsabilidad civil *ex delicto*, debemos analizar este extremo para poder fundar la pretensión de resarcimiento reclamada en este proceso.

En el caso presente, teniendo en cuenta el relato de hechos probados de esta resolución, procede hacer pronunciamiento sobre la responsabilidad civil que ha de cuantificarse utilizando como criterio orientativo el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar el baremo del año 2005 por ser el momento en que concluye la rehabilitación con logoterapia de la lesionada –tal y como señala el informe de rehabilitación de fecha 19 de enero de 2005-.

Antes de nada, señalar que tanto el médico forense se ratifica en los folios donde valora las secuelas de la paciente 640 o 690 como el perito neurólogo propuesto por la acusación particular se ratifica en el informe que aporta la parte al inicio del juicio oral como cuestión previa y que es admitido, tal y como se apunta en el primero de los fundamentos jurídicos de esta resolución.

Con arreglo a los hechos probados, D^a sufrió hemiparexia derecha con afectación de extremidad superior derecha y alteraciones visuales, lesiones que para su sanidad precisaron de tratamiento médico consistente en rehabilitación y tratamiento farmacológico, tardando 809 días en curar [hasta el 17 de enero de 2005 en que concluye la rehabilitación con logoterapia (logopedia y gimnasia)], estando 60 días hospitalizada (hasta el 27 de octubre de 2001 en el Hospital

) y 120 incapacitada para sus ocupaciones habituales.

Habiendo quedado como secuelas: hemiparesia derecha grave (45 puntos), afasia motora (45 puntos), diplopía de ojo derecho por debilitamiento de los músculos oculares externos con pérdida del campo visual derecho del 25 por 100 (30 puntos), paresia de la acomodación (5 puntos), trastorno de la afectividad (10 puntos) y perjuicio estético importante (15 puntos). En total, 150 puntos por secuelas.

No se ha acreditado la existencia de una relación causa efecto entre la actuación de los acusados y la pérdida del embrión mediante interrupción voluntaria del embarazo de D.ª . . . llevada a cabo el día 24 de octubre de 2001.

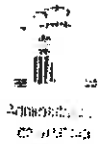
Como índices correctores, hemos de señalar que D.ª / . . . necesita la ayuda de una tercera persona (250.000 €). Tiene una minusvalía del 88 por 100 e incapacidad permanente absoluta (120.000 €). Y sobre los perjuicios morales de su esposo e hijo menor (90.000 €).

El total de la indemnización asciende a 880.000 €.

Los acusados D.ª . . . y D. . . tienen contratada una póliza de seguro profesional con la Cia. . . hoy, . . . y la . . . tiene concertada póliza de seguro con el Hospital General Universitario . . . de Madrid y sus empleados, esto es los cuatro acusados.

Por lo cual, los acusados así como las Compañías de seguros S/ . . . /actualmente, . . . Empresas, S.A., como responsables civiles directas, deberán indemnizar conjunta y solidariamente en la suma de 880.000 € a la perjudicada.

En este caso además los acusados prestaban sus servicios en una institución sanitaria pública, por lo que debe tenerse en cuenta que la administración sanitaria responde subsidiariamente de los daños causados por los penalmente responsables de los delitos dolosos o culposos cuando sean empleados públicos y tanto el adjunto como las médicos residentes y el psiquiatra del Servicio de Psiquiatría lo son- (artículo 121 del Código Penal). Bien entendido que la duda que surgió inicialmente a la hora de interpretar dicho precepto -que solo alude a "delitos"- está hoy día despejado, ya que el Tribunal Supremo ha reconocido la extensión de esta responsabilidad subsidiaria también a las faltas (sentencia de 26



de septiembre de 1997, por todas). Por tanto de dichas cantidades responderá subsidiariamente el Hospital General

Las indemnizaciones que se reconozcan en sentencia devengarán desde la fecha de la misma hasta el completo pago de las cantidades, el interés básico fijado por el Banco en aquella fecha, incrementado en dos puntos, según lo dispuesto en el artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, en el caso de las compañías aseguradoras serían los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

OCTAVO.- Las costas en el presente procedimiento se le imponen a los condenados por aplicación del artículo 123 del Código Penal y el artículo 240 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Dichas costas, comprenderán las ocasionadas por la acusación particular en virtud de reiterada jurisprudencia de nuestros Tribunales (sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1992 y 8 de febrero de 1995, y de la Audiencia Provincial de Sevilla de 31 de octubre de 1997, por ejemplo) que hace hincapié en la necesidad de incluir en las costas las ocasionadas por la acusación particular y que sólo excepcionalmente se denegará cuando se hayan formulado peticiones no aceptadas y absolutamente heterogéneas respecto a las del Ministerio Fiscal. No habiéndose rechazado las peticiones de la acusación particular, que además coincidían sustancialmente con las del Ministerio Fiscal es procedente incluir en las costas las ocasionadas por la acusación particular.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLO:

Que debo **CONDENAR Y CONDENO** a los acusados D.
 y D. como autores penalmente responsables de un delito de lesiones por imprudencia grave, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena -a cada uno- de un año de prisión con la accesoria de inhabilitación especial del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena, e inhabilitación especial para el ejercicio de cualquier actividad sanitaria por tiempo de un año, así como al pago por mitad de las costas procesales causadas, que comprenderán las ocasionadas por la acusación particular.

Y que debo **CONDENAR Y CONDENO** a las acusadas D.ª
 / D.ª como autoras penalmente responsables de una falta de lesiones por imprudencia leve a la pena de multa de



Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

diez días, con una cuota diaria de 10 euros, con la responsabilidad personal subsidiaria, en caso de impago, de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas, así como al pago de las costas de un juicio de faltas, que comprenderán las ocasionadas por la acusación particular.

En concepto de responsabilidad civil, todos los acusados así como las Compañías de seguros . . . (hoy,

y
Empresas, S.A., como responsables civiles directas, deberán indemnizar conjunta y solidariamente en la suma de 880.000 € a la perjudicada D.ª . . .
por las lesiones y secuelas. De dicha cantidad responderá subsidiariamente el Hospital General Universitario

Las indemnizaciones que se reconozcan en sentencia devengarán desde la fecha de la misma hasta el completo pago de las cantidades, el interés básico fijado por el Banco de España en aquella fecha, incrementado en dos puntos, según lo dispuesto en el artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, en el caso de las compañías aseguradoras serían los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Notifíquese la presente resolución a las partes y al Ministerio Fiscal, poniéndoles de manifiesto que esta resolución no es firme y que contra ella cabe recurso de apelación, que se ha de interponer en el plazo de los diez días siguientes al de su notificación ante este Juzgado y para ante la Audiencia Provincial de Madrid, de conformidad con el artículo 790 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Firme esta resolución, librese testimonio que servirá de encabezamiento a la correspondiente ejecutoria, y remítase al Juzgado de lo Penal de ejecutorias competente.

Así, por esta mi Sentencia, la pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Esta sentencia ha sido publicada con fecha 12-01-2011. Doy fe.

Aivaró Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silveira, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

