

Audiencia Provincial Civil de Madrid

Sección Decimoctava

c/ Santiago de Compostela, 100 , Planta 6 - 28035

Tfno.: 914933898

37007740

N.I.G.: 28.079.00.2-2018/0054114

Recurso de Apelación 576/2019

O. Judicial Origen: Juzgado de 1ª Instancia nº 68 de Madrid

Autos de Procedimiento Ordinario 372/2018

APELANTE: Dña.

PROCURADOR Dña. PALOMA SOLERA LAMA

PROCURADOR Dña. MARÍA ESTHER CENTOIRA PARRONDO

SENTENCIA NÚM. 164/2020

TRIBUNAL QUE LO DICTA:

ILMA SRA. PRESIDENTE:

Dña. GUADALUPE DE JESÚS SÁNCHEZ

ILMOS SRES. MAGISTRADOS:

Dña. MARÍA DE LOS ÁNGELES GARCÍA MEDINA

D. JOSÉ IGNACIO ZARZUELO DESCALZO

En Madrid, a tres de junio de dos mil veinte.

La Sección Decimoctava de la Audiencia Provincial de Madrid, compuesta por los Señores Magistrados expresados al margen, ha visto en grado de apelación los autos sobre reclamación de cantidad, procedentes del Juzgado de 1ª Instancia nº 68 de Madrid, seguidos entre partes, de una, como apelante demandante Dña. representada por la Procuradora Sra. Solero Lama y de otra, como apelante demandada representada por la Procuradora Sra. Centoira Parrondo, seguidos por el trámite de procedimiento ordinario.

Visto, siendo Magistrada Ponente la Ilma. Sra. Dña. MARÍA DE LOS ÁNGELES GARCÍA MEDINA.

ANTECEDENTES DE HECHO

La Sala acepta y da por reproducidos los antecedentes de hecho de la resolución recurrida.

PRIMERO.- Por el Juzgado de 1ª Instancia nº 68 de Madrid, en fecha 10 de junio de 2019, se dictó sentencia, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "FALLO: Que debo estimar y estimo parcialmente la demanda formulada por la procuradora doña Paloma Solera Lama, en nombre y representación de doña, contra la entidad ...a quien condeno a que abone a la parte actora la suma de VEINTICINCO MIL EUROS, más sus intereses en la forma dicha, sin imposición de costas".

SEGUNDO.- Por la parte demandante y demandada se interpusieron sendos recursos de apelación contra la meritada sentencia, admitiéndose a trámite y sustanciándose por el Juzgado conforme a la Ley 1/2000, se remitieron los autos a esta Audiencia.

TERCERO.- Que recibidos los autos en esta Sección se formó el oportuno rollo, en el que se siguió el recurso por sus trámites. Quedando en turno de señalamiento para la correspondiente deliberación, votación y fallo, turno que se ha cumplido el día 2 de junio de 2020.

CUARTO.- En la tramitación del presente procedimiento han sido observadas en ambas instancias las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Por el juzgado de instancia es dictada sentencia estimatoria parcialmente de la demanda presentada por doña ...en reclamación de 150.000 euros en concepto de daños y perjuicios sobre la base del contrato de seguro de responsabilidad civil/patrimonial suscrito por el Servicio de Salud, al entenderse tras rechazar la falta de legitimación pasiva opuesta por la demandada, que alegó que el siniestro carecía de cobertura, que si bien había existido un déficit en la forma de obtención del documento que contiene formalmente el consentimiento informado, la indemnización para resarcir la hipotética posibilidad de que la persona fallecida de haber sido consciente de todas las posibilidades hubiera decidido no ser intervenido, debía ser fijada en 25.000 euros.

Contra dicha resolución es interpuesto recurso de apelación por la parte actora, que articula en base a dos motivos: 1.- Infracción de los arts. 1101, 1265 y 1902 CC, art. 61 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, del principio de reparación integral, de la jurisprudencia en material de valoración de daño

moral por falta de consentimiento informado y de la sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, en cuyo desarrollo argumenta que es injusta la indemnización que ha sido reconocida sin que exista justificación alguna para no indemnizar según el baremo de la Ley 35/2015 vigente en la fecha del fallecimiento en la cantidad de 150.000 euros, debiendo en su caso restarse del montante indemnizatorio final la cantidad de 26.065 euros recamados por el perjuicio ocasionado como consecuencia de haber sido desahuciada y haber tenido que trasladarse a vivir a Tarragona a casa de una de las hijas. 2.- Infracción del art. 217 LEC y del principio de facilidad probatoria al reducir la indemnización en atención a una hipotética posibilidad de que el paciente no se hubiera intervenido de haber sido adecuadamente informado de 150.000 a 25.000 euros, solicitándose subsidiariamente que se condene a la demandada en 124.500 euros.

Asimismo ha sido interpuesto recurso de apelación por la aseguradora demandada, quién limita su impugnación al pronunciamiento por el que se estima que el siniestro no se encuentra fuera de cobertura, reiterando que el mismo se encontraba fuera del ámbito temporal recogido en la póliza suscrita.

Por las partes se ha presentado escrito de oposición a los recursos de apelación formulados de contrario.

SEGUNDO.- En adecuado orden metodológico procede resolver en primer término el recurso de apelación interpuesto por la demandada, dado que su acogimiento haría inútil entrar en los motivos de apelación esgrimidos por los demandantes.

Pues bien, ejercitada por los actores la acción contra la aseguradora de Servicio de Salud con fundamento en el art 76 LCS, procede comenzar recordando que si bien como se dice en la STS de Pleno 321/2019, de 5 de junio, *“El art. 76 LCS, al establecer que la acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador frente al asegurado, configura una acción especial, que deriva no solo del contrato sino de la ley (STS 200/2015)”*, como se expone en la citada Sentencia *“La inmunidad de la acción directa a las excepciones que el asegurador tenga contra su asegurado significa que no puede oponer las excepciones personales ni las derivadas de la conducta del asegurado, como por ejemplo el dolo, pero sí las excepciones objetivas, tales como la definición del riesgo, el alcance de la cobertura y, en general, todos los hechos impeditivos objetivos que deriven de la ley o de la voluntad de las partes del contrato de seguro (STS 200/2015, de 17 de abril, con cita de las de 26 de noviembre de 2006, 8 de marzo de 2007 y 23 de abril de 2009)”*.

Por lo que y habida cuenta que la demandada en el desarrollo de su recurso alega, que *“Se trata de una póliza de Gran Riesgo, siendo quienes*

se encuentran legitimadas para decidir el alcance del contrato lo que es más importante, la redacción y delimitación del ámbito temporal de la cobertura, habiéndose malinterpretado lo relativo al ámbito temporal de la póliza, cuando de acuerdo a lo establecido en el art. 18 de la póliza una cosa es el plazo para las reclamaciones al asegurado y otra muy distinta el plazo de notificación a la aseguradora por su asegurado de las reclamaciones por el mismo recibidas, y si bien el siniestro ocurrió en el período de vigencia del contrato que finalizaba el 2 de noviembre de 2016, sin embargo, no se hizo ninguna reclamación a la aseguradora, remitiéndose directamente un burofax por la parte actora a la aseguradora el 27 de enero de 2017, una vez que había finalizado la vigencia del contrato suscrito por ella con su asegurada”, la controversia se centra en determinar si la aseguradora está o no obligada a indemnizar el siniestro origen de esta litis, lo que exige interpretar el contrato de seguro concertado entre la demandada y Servicio de Salud y, en concreto, si puede o no entenderse que el período para reclamar por el tercero a la aseguradora tiene un período de vigencia superior en seis meses a si la reclamación se hace frente a la asegurada.

TERCERO.- Al efecto, para un correcto análisis de dicha cuestión procede dejar constancia de los hechos declarados probados en la sentencia de instancia y que no son objeto de controversia, siguientes:

- 1.- Al paciente en el mes de octubre de 2015 se le hicieron una serie de pruebas, que ponen de manifiesto la existencia de glomus de la yugular.
- 2.- El servicio de otorrinolaringología del hospital propuso la intervención quirúrgica, que quedó programada para el día 7 de abril de 2016, siendo determinado que para tal intervención habría que someter al paciente a una embolización del glomus vegal izquierdo.
- 3.-El día 5 de abril de 2016 se realizó la prueba preoperatoria (embolización), suscribiendo dos documentos de consentimiento informado en ese mismo día (documento 9 de la demanda), correspondientes al servicio de anestesiología reanimación y al servicio de radiodiagnóstico.
- 4.- En el curso de la realización de la prueba dicha, tras el cateterismo y entubación, el paciente presentó un bajo nivel de conciencia con escasa respuesta al dolor, razón por la que volvió a ser entubado, siendo trasladado a la UCI donde permaneció conectado a ventilación mecánica, sin respuesta a estímulos, sin volver a recuperar la consciencia, presentando múltiples infartos en cerebro, cerebelo, tronco del encéfalo y en tálamos bilaterales, falleciendo el día 8 de abril de 2016.

5.- La complicación habida en el curso de la embolización previa a la intervención quirúrgica (múltiples infartos cerebrales) se produce en el quirófano, y la posibilidad de fallecimiento se contempla en el consentimiento informado (2 de cada 100 casos), figurando sin ninguna especificación (en blanco) el apartado de riesgos personalizados derivados de las concretas circunstancias del paciente.

6.- El día 27 de enero de 2017 se dirige comunicación a por burofax, que es recibido el día 30 de enero de 2017, comunicando el siniestro y efectuando una comunicación por importe superior al que es objeto de la demanda.

7.- La entidad aseguradora no se dignó a contestar.

Por otro lado debe tenerse en cuenta el contenido de la póliza concertada, que:

1.- En el art. 18 de la póliza y que lleva como título "ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA" dice:

"Serán objeto de cobertura los daños y perjuicios derivados de actos u omisiones del Asegurado ocurridos desde el 1 de enero de 2000 que sean reclamados al Asegurado durante la vigencia del contrato y que sean notificados al Asegurador.

El periodo de vigencia del contrato inicial abarca desde las 00 horas del día 3 de noviembre de 2014 hasta las 24 horas del día 2 de noviembre de 2016.

El plazo máximo de notificación al Asegurador será de seis meses desde el vencimiento de la póliza de seguro.

Para la aplicación de esta cláusula de ámbito temporal de la cobertura se tendrán en cuenta las exclusiones contenidas en el apartado 23, y en particular en el punto 20 del mismo, de este contrato.

2.-Según la cláusula 23 ("Riesgos excluidos"), no quedaban cubiertas por la póliza:

"[...]"

"23.20. Las siguientes reclamaciones:

"- Las derivadas de hechos, circunstancias, acontecimientos o daños que el Tomador del seguro conociese antes de las 00 horas del 3 de noviembre de 2014, siempre y cuando éste pudiera deducir, antes de la mencionada fecha, que existe la posibilidad cierta de que posteriormente se formule una reclamación.

"- Las que estén cubiertas por otra u otras pólizas contratadas con anterioridad a ésta.

"- Las que hayan sido presentadas una vez finalizado el periodo de vigencia del contrato o el periodo de notificación al Asegurador".

2.- El art. 7 que lleva como rúbrica "RECLAMACIÓN", es del tenor siguiente:

Se entenderá por reclamación

-Los procedimientos judiciales o administrativos dirigidos contra el Tomador del Seguro o contra cualquiera de los asegurados.

-Los requerimientos formales y por escrito formulados contra el tomador del Seguro o contra la Compañía de Seguros, derivado de un siniestro amparado por el contrato, incluido cualquier procedimiento iniciado de oficio por el Servicio de Salud tras tener conocimiento de hechos o actuaciones que pudieran ser constitutivos de exigencia de responsabilidad.

- Las comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al Tomador del Seguro por cualquier medio, derivado de un siniestro amparado por el contrato.

Se considerará que constituyen una única reclamación los diversos procedimientos judiciales o administrativos, requerimientos formales y por escrito formulados contra el Asegurado o contra la Compañía de Seguros, o comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al asegurado, que deriven de un mismo siniestro, aunque se formulen en momentos diferentes.

No tendrán la consideración de reclamación:

-Cualquier queja, aunque sea escrita, en la que no se manifieste claramente la intención de llevar a cabo una reclamación formal con contenido económico.

-La mera citación del Asegurado como testigo en un procedimiento judicial o administrativo, ni por la solicitud efectuada por un interesado por un órgano judicial, administrativo o parlamentario, de que se remita una documentación clínica.

3.- El art. 8 bajo el título "FECHA DE RECLAMACIÓN" dice:

Se considera fecha de la reclamación de un siniestro la correspondiente a la recepción por el tomador del seguro o por la Compañía Aseguradora, de la primera comunicación de procedimiento judicial o administrativo, requerimiento formal y por escrito o comunicación escrita con contenido económico del perjudicado dirigida al Servicio de Salud, o la fecha de inicio de un procedimiento de oficio generada por tal siniestro.

La aseguradora se obliga a comunicar, a través del Mediador, al S. de salud, en el plazo máximo de siete días, las reclamaciones que le sean comunicadas directamente, bien contra el tomador del seguro o los asegurados, bien contra la propia compañía a través de la acción directa.

CUARTO.- Ante tales hechos y el problema de interpretación planteado, debe atenderse como se dice en la STS 309/2015, de 11 de junio, a que:

““El proceso interpretativo de los contratos ha sido abordado por esta Sala, en SSTs, como las más recientes, de 29 de enero de 2015, núm. 27/2015, de 19 de mayo de 2015 núm. 106/2015 y la de 18 de junio de 2012, núm. 294/2012, según las cuales, con carácter general, tiene por objeto la atribución de sentido o de significado a una determinada declaración de voluntad. La labor interpretativa no puede hacerse desde una libertad absoluta en la búsqueda o atribución de sentido, sino que está sujeta a las reglas interpretativas que exige el proceso. En este contexto, esta Sala se ha ocupado establecer una serie de directrices que, en síntesis son: en primer lugar, la intención común de las partes debe proyectarse sobre la totalidad del contrato y no como una mera suma de cláusulas y anexos (canon hermenéutico de la totalidad del art. 1286 CC); en segundo lugar, debe señalarse el carácter instrumental que presenta la interpretación literal que se infiere del criterio gramatical (art. 1281.1 CC) que no puede ser valorada como un fin en sí mismo, pues la atribución de sentido objeto de interpretación, conforme a un segundo párrafo, sigue estando en la voluntad realmente querida por las partes.

Respecto del motivo planteado, la unidad que presenta la aplicación del art. 1281 CC en el plano de la interpretación del contrato marco y sus tres pactos complementarios, y su lógica conexión con lo dispuesto en el art. 1282 CC, tiene su fundamento en el llamado principio "espiritualista", de lo que deriva necesariamente que la indagación de la voluntad realmente querida por los contratantes debe ser examinada en la contemplación conjunta de todo el conjunto contractual””.

Y precisa la STS 364/2015, de 28 de junio, *““Cuando los términos son claros y no dejan duda alguna sobre la intención de los contratantes, la interpretación literal no sólo es el punto de partida sino también el de llegada del fenómeno interpretativo, e impide que, con el pretexto de la labor interpretativa, se pueda modificar una declaración que realmente resulta clara y precisa. A ello responde la regla de interpretación contenida en el párrafo primero del art. 1281 CC ("si los términos de un contrato son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, se estará al sentido literal de sus cláusulas")”.*

En aplicación de dicha doctrina, ningún error puede imputarse a la juzgadora a quo en la interpretación que de la póliza es realizada, cuando si se analiza la misma no de forma parcial, sino en su conjunto, es claro que se establece no solo que las reclamaciones pueden hacerse bien al tomador del seguro o a la aseguradora directamente, sino también que solo quedaban

excluidas de cobertura las reclamaciones realizadas al asegurado después del 2 de noviembre de 2016 y las efectuadas a la aseguradora después de finalizado el período de los seis meses posteriores al vencimiento de la póliza, esto es, con posterioridad al 2 de mayo de 2017. Y si a ello se anuda que de acuerdo al art. 8 debe considerarse fecha de la reclamación la correspondiente a la recepción por la aseguradora aquí demandada del requerimiento a la misma efectuado, ha de concluirse que en tanto el mismo tuvo lugar el 30 de enero de 2017, esto es, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de vencimiento de la póliza, habiendo acaecido el siniestro dentro del plazo de vigencia de la póliza, debe convenirse en que el mismo no carece de cobertura y, por ende, procede desestimar el recurso interpuesto por la aseguradora.

CUARTO.- En cuanto al recurso de apelación interpuesto por la actora, no siendo objeto de controversia haber existido un déficit en lo que al consentimiento informado se refiere en orden a los riegos de la prueba que iba a ser sometido, procede examinar los dos motivos conjuntamente al quedar la cuestión circunscrita al quantum indemnizatorio. Cuestión que debe ser efectivamente resuelta, como se hiciera en la resolución recurrida, en aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad, pues basta examinar el escrito de demanda para comprobar que la ahora apelante fundamenta su acción indemnizatoria en la falta de consentimiento informado y ha quedado acreditado que se trata de una responsabilidad civil que tiene un origen médico-sanitario que como consecuencia de no haber tenido el paciente la debida información o consentimiento informado fue privado de su derecho a decidir.

Como se dice en la STS 105/2019, de 19 de febrero:

“Esta teoría se ubica en el ámbito de la causalidad material o física, como medio de la incertidumbre sobre ella, y con la consecuencia de reducción proporcional de la indemnización.

Su aplicación es un paliativo del radical principio del "todo o nada" a la hora de determinar el nexo causal entre un hecho y el resultado acaecido, pues existen supuestos en los que la certeza absoluta no es posible, y su exigencia dejaría a las víctimas sin resarcimiento, por lo que se hace preciso moverse en términos de probabilidad.

La moderna jurisprudencia huye de la exigencia de la certeza y se centra en el cálculo de probabilidades para fundamentar indemnizaciones parciales. (...).

Cuando se observa cómo la teoría de la pérdida de oportunidad se aplica a las responsabilidades civiles que tienen un origen médico-sanitario, se constata que se viene aplicando a supuestos de errores o retrasos en el diagnóstico y tratamiento de dolencias, y en aquellas de falta de información o

consentimiento informado. Son supuestos en los que por no existir certeza ni probabilidad cualificada del resultado final, se identificara el daño con la oportunidad de curación o supervivencia perdida por la actuación del facultativo, o por habersele privado al paciente de su derecho a decidir si se le hubiese informado del riesgo materializado.

En sede de probabilidad, la sala en unos casos ha entendido que la probabilidad de que la conducta evitase el daño era muy elevada (STS 25 de junio de 2010), y concede toda la indemnización, mientras que en otros (sentencia de 2 de enero de 2012) limita la indemnización "en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado".

Y se expone en la STS 227/2016, de 8 de abril:

"Ahora bien, lo anterior no supone, como sostiene la sentencia de 16 de enero de 2011 que merezcan el mismo tratamiento aquellos supuestos en que el cuadro secular tiene su origen en una mala práctica médica probada e indubitada, que aquellos en los que la complicación no tiene relación con una práctica médica, sino simplemente en no ser informado al paciente de que ello podía ocurrir, privándole de la oportunidad, en su caso, de no someterse a la cirugía".

En atención a las circunstancias concretas concurrentes, resultando tanto del informe pericial emitido a instancia de la actora por el Dr., como del emitido por la doctora y que ha sido aportado por la demandada, que la realización de la prueba de embolización previa a la intervención quirúrgica no era la única alternativa posible, sin que por la demandada se hubiese acreditado que le fueron explicadas que otras alternativas había, cuáles eran las ventajas de la misma, ni en su caso tratándose de una persona de 68 años que sufría de arteriosclerótica moderada que determinados riesgos había, ex. art. 217 LEC, a lo que se une que se trataba de una prueba que estaba programada desde hacía varios meses a la fecha del siniestro, se considera que dado que no hay duda que se produjo un perjuicio a la demandante por el fallecimiento del cónyuge, el mismo debe ser indemnizado.

El problema que se plantea es si debe ser o no de aplicación el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, vigente en la fecha de ocurrir el siniestro.

Problema que merece una respuesta afirmativa cuando la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, como dice la STS 232/2016, de 8 de abril, con cita de las SSTS 906/2011, de 30 de noviembre, 403/2013, de 18 de junio y 262/2015, de 27 de mayo *"ha establecido sin fisuras la posibilidad de*

utilizar las reglas del Baremo como criterios orientadores, no vinculantes, para cuantificar las indemnizaciones por los perjuicios causados a las personas como consecuencia del daño corporal ocasionado en sectores de actividad distintos de la circulación de vehículos de motor”, y como indica la STS 776/2013, de 16 de diciembre “El baremo no solo no menoscaba el principio de indemnidad de las víctimas, sino que la mayoría de las veces son ellas las que acuden a este sistema de valoración para identificar y cuantificar el daño entendiendo que, en esa siempre difícil traducción a términos económicos del sufrimiento causado, no solo constituye el instrumento más adecuado para procurar una satisfacción pecuniaria de las víctimas, sino que viene a procurar al sistema de unos criterios técnicos de valoración, dotándole de una seguridad y garantía para las partes mayor que la que deriva del simple arbitrio judicial”.

QUINTO.- Ahora bien, no constando probado que concreto grado de probabilidad hay en el supuesto de haber sido debidamente informado en cuanto a que hubiese decidido no hacerse la prueba, ni que concretos casos posibles de fallecimiento hay en una persona con la edad y la enfermedad del marido de la actora, conociendo solo el dato de la posibilidad de fallecimiento que se contempla en el consentimiento informado (2 de cada 100 casos), se entiende que la indemnización por fallecimiento fijada en dicho baremo debe ser reducida. Reducción que debe operar como máximo en un 10% al contar solo con el índice estadístico de mortalidad genérico.

En consecuencia, fijándose en el referido baremo una indemnización por víctima mayor de 67 años hasta 80 años de 70.000 euros y un perjuicio por daño emergente sin necesidad de justificación de 400 euros, sin que hubiese sido justificado ningún otro perjuicio particular o específico, ni cuáles eran los ingresos netos procedentes del trabajo o pensión del fallecido, cuya prueba era carga de la apelante, procede acordar tras efectuar la referida reducción que la misma sea indemnizada en la cantidad de 63.360 euros. Lo que implica una estimación en parte del recurso de apelación que por dicha parte ha sido interpuesto.

SEXTO.- Ex. art. 398.1 y 2 en relación con el art. 394.1 LEC, las costas derivadas del recurso de apelación interpuesto por la aseguradora deben ser impuestos a la misma, sin que proceda hacer especial pronunciamiento sobre las derivadas del recurso interpuesto por la actora.

Vistos los artículos citados, concordantes y demás normas de general y pertinente aplicación

FALLAMOS

Que estimando parcialmente el recurso de apelación interpuesto por doña contra la sentencia de fecha 10 de junio de 2019, dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 68 de Madrid, y desestimando el formulado por revocamos parcialmente dicha resolución y fijamos en SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS EUROS (63.360 euros) la cantidad en que debe ser indemnizada la demandante, manteniendo el resto de los pronunciamientos, imponiendo a la aseguradora demandada las costas derivadas del recurso de apelación por ella interpuesto, sin que proceda hacer especial pronunciamiento sobre las derivadas del recurso interpuesto por la actora.

La estimación parcial del recurso de la actora determina la devolución del depósito constituido, de conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional 15ª de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, introducida por la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, complementaria de la ley de reforma de la legislación procesal para la implantación de la nueva oficina judicial y la desestimación del formulado por la aseguradora su pérdida.

Contra esta sentencia no cabe recurso ordinario alguno, sin perjuicio de que contra la misma puedan interponerse aquellos extraordinarios de casación o infracción procesal, si concurre alguno de los supuestos previstos en los artículos 469 y 477 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el plazo de veinte días y ante esta misma Sala, previa constitución, en su caso, del depósito para recurrir previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, bajo apercibimiento de no admitir a trámite el recurso formulado.

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.