



Audiencia Provincial Civil de Madrid
Sección Decimotercera
c/ Santiago de Compostela, 100 , Planta 3 - 28035
Tfno.: 914933911

37007740

N.I.G.: 28.079.00.2-2018/0223099

Recurso de Apelación 735/2021 C-3

Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 50

O. Judicial Origen: Juzgado de 1ª Instancia nº 67 de Madrid
Autos de Procedimiento Ordinario 1310/2018

APELANTE:

PROCURADOR D./Dña. CONSUELO RODRIGUEZ CHACON

APELADO: D./Dña. I

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

SENTENCIA N° 190/2022

TRIBUNAL QUE LO DICTA:

ILMO. SR. PRESIDENTE:

D. JUAN JOSÉ GARCÍA PÉREZ

ILMOAS SRES./SRAS. MAGISTRADOS/AS:

Dña. INMACULADA MELERO CLAUDIO

Dña. Mª CARMEN ROYO JIMÉNEZ

Siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada DÑA CARMEN ROYO JIMÉNEZ

En Madrid, a cuatro de mayo de dos mil veintidós.

La Sección Decimotercera de la Audiencia Provincial de Madrid, compuesta por los Señores Magistrados expresados al margen, ha visto en grado de apelación los autos nº 1310/2018 de juicio ordinario, procedentes del Juzgado de 1ª Instancia nº 67 de Madrid, seguidos entre partes, de una, como apelante/demandada

REASEGUROS, representada por el/la procurador/a D/Dª. Consuelo Rodríguez





Chacón y asistida por el/la letrado/a D./D^a José Miguel Rivas Bueno, y de otra, como parte apelada/demandante Dña. M^a representada por el/la procurador/a D./D^a Paloma Solera Lama y asistida por el/la letrado/a D./D^a Álvaro Sardinero García

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Juzgado de Primera Instancia nº 67 de Madrid, en fecha 11 de noviembre de 2021, se dictó sentencia nº 148/2020, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: *"Que estimando en parte la demanda formulada por D^a contra*

debo condenar a la citada demandada a abonar la suma de ciento veintidós mil cincuenta euros, con ochenta y dos céntimos (122.050'82 €), cantidad que devengará los correspondientes intereses legales desde la presente resolución.

No procede hacer expresa imposición de las costas causadas, debiendo cada parte abonar las debidas a su instancia y las comunes por mitad."

SEGUNDO.- Contra la anterior resolución se interpuso recurso de apelación por la parte demandada, que fue admitido, del cual se dio traslado a la parte apelada, elevándose los autos ante esta Sección en fecha veintinueve de septiembre de dos mil veintiuno, para resolver el recurso.

TERCERO.- Recibidos los autos en esta Sección, se formó el oportuno Rollo turnándose su conocimiento, a tenor de la norma preestablecida en esta Sección de reparto de Ponencias, y conforme dispone la Ley de Enjuiciamiento Civil, quedó pendiente para la correspondiente **deliberación, votación y fallo,**



la cual tuvo lugar, previo señalamiento, el día tres de mayo de dos mil veintidós.

CUARTO.- En la tramitación del presente recurso se han observado todas las disposiciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- En el Juzgado de Primera Instancia nº 67 de MADRID se tramitó procedimiento de juicio ordinario nº 1310/2018 instado por la representación procesal de D^a [redacted] frente a [redacted] ejercitando una acción de responsabilidad contractual en base al contrato de servicios sanitarios reclamando la cantidad de 171.000€ por los daños y perjuicios causados a la actora como consecuencia de un deficiente diagnóstico efectuado por los servicios sanitarios de la demandada.

La parte demandada se opuso a la demanda alegando el litisconsorcio pasivo necesaria al no haber llamado a los médicos causantes de los daños; falta de legitimidad pasiva pues el contrato que une a las partes es poner a su disposición los servicios médicos y sufragar los gastos sin que tenga intervención en la prestación de los servicios médicos los cuales se enmarcan en la relación directa médico-paciente, y tampoco se puede apreciar una responsabilidad extracontractual por actuar los profesionales con total independencia de [redacted]; también se negó la actuación negligente de los doctores intervinientes constanding consentimiento informado, y se opuso a la cuantía de la indemnización por la inaplicación del Baremo de



circulación de la Ley 35/2015, así como por los intereses del artículo 20 de la LCS.

La sentencia estimo parcialmente la demanda condenando a la demandada a satisfacer a la actora la cantidad de 122.050,82 € más los intereses legales desde la sentencia sin hacer imposición de costas. La sentencia desestimó las excepciones procesales de litisconsorcio pasivo necesario, y falta de legitimación pasiva alegadas por [redacted] y entrando en el fondo de la cuestión litigiosa apreció la negligencia profesional del Doctor [redacted] (urólogo) tanto por la improcedencia de la intervención realizada RTU como por el consentimiento informado que [redacted] presentaba deficiencias sobre la información ofrecida, y los riesgos de la intervención, por el inadecuado seguimiento del postoperatorio y la desproporción del resultado, considerando que a la actora se le causaron unas graves secuelas de carácter físico, psicológico, estéticas, perjuicio moral y lesiones que valoró conforme al baremos de circulación de la Ley 35/2015 en la cantidad de 122.050,82 €.

Frente a dicha resolución la representación procesal de [redacted] presenta recurso de apelación respecto de los pronunciamientos siguientes:

- a) Por la no estimación de la falta de legitimación pasiva.
- b) Por la desestimación del litis consorcio pasivo necesario
- c) Error en la valoración de la prueba por no quedar acreditado que la actuación del doctor [redacted] fuera contraria a la lex artis ad hoc
- d) Por no ser aplicable el baremo de la Ley 35/2015 sino el correspondiente al 2013 pues el momento en el que se causaron los daños.



Interesando la revocación de la sentencia y se absuelva a la apelante con imposición de costas a la parte apelada.

La representación procesal de la parte actora apelada SRA. se opuso al recurso.

SEGUNDO.- El primer motivo del recurso la falta de legitimidad pasiva ad causam de la parte apelante por ejercitarse una acción por negligencia en la prestación de servicios sanitarios a la actora, sin que este sea el objeto del contrato que une a las partes toda vez que ella únicamente se comprometió con la actora a poner a su disposición servicios médicos y soportar su coste.

El contrato de seguro de asistencia sanitaria exige la previa concertación entre la entidad aseguradora y cada uno de los médicos y centros hospitalarios que forman su cuadro médico, lo cual se produce por medio de un contrato de arrendamiento de servicios, " estableciéndose así una relación de dependencia cuando menos económica y funcional que da lugar a la aplicación de la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno, establecida con carácter general en el artículo 1.903 , 4º CC , caso de producirse daños y perjuicios concretos con motivo de una actuación culposa o negligente del facultativo" .

Por consiguiente, y ateniéndonos al citado criterio, la responsabilidad de la aseguradora demandada vendría determinada, tanto por el contrato directamente celebrado entre aseguradora y asegurado, por el que la primera compromete frente al segundo, la prestación de asistencia médica en condiciones de seguridad y eficacia, como porque, en esa línea jurisprudencial de flexible entendimiento del artículo 1.903 del CC , entiende nuestro más Alto Tribunal, que la relación de arrendamiento de servicios estipulada entre



facultativo y aseguradora genera una relación de dependencia que califica de económica y funcional, sobre la que cabe sustentar la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno del artículo 1.903-4 del CC .

El Tribunal Supremo viene entendiendo que las aseguradoras en el conocido como " seguro de asistencia médica " no sólo aseguran el pago de los gastos médicos, sino la efectiva prestación de la asistencia sanitaria a través de los facultativos y los medios, que la misma determina, y en las condiciones y requisitos que la póliza detalla. Los cuales no son de absoluta libre elección por el asegurado, que ha de limitarse al cuadro de centros y profesionales de la compañía, siendo indiferente al efecto que la relación sea o no laboral, ni el mayor o menor grado de dependencia del profesional de la medicina respecto de la aseguradora que lo incluye en su " cuadro médico ", o entre aquéllos y los centros que figuran en el mismo, pues dichas cuestiones no invalidan en modo alguno la responsabilidad directa de la compañía, como prestataria de los servicios.

Ha de entenderse pues, siguiendo la doctrina que expresa la sentencia del TS de fecha 04 de noviembre de 2010 , que la aseguradora por medio del contrato de seguro de asistencia sanitaria "se obliga no sólo a prestar la asistencia correspondiente al padecimiento (enfermedad o lesión) del asegurado, sino también la más segura y eficaz, alcanzando así a la elección del facultativo adecuado que se pone al servicio del cliente; prestación sanitaria que resultará defraudada si la asistencia recibida resulta incorrecta y conlleva graves consecuencias dañosas morales y materiales para el paciente, derivadas de una actuación negligente del facultativo elegido por el asegurado, dando lugar a una responsabilidad contractual por parte del asegurador por incorrecto cumplimiento de las prestaciones del contrato".



Consecuentemente con ello, el motivo del recurso debe ser desestimado.

TERCERO.- El siguiente motivo del recurso es la no estimación del litis consorcio pasivo necesario , fundamentado el mismo en que los verdaderos titulares de la reacción jurídica son los médicos intervinientes que prestaron los servicios médicos a la actora, y que serían afectados por la sentencia, de tal forma que si se declarara su responsabilidad médica, la recurrente podría ejercitar una acción de repetición, por lo que aun cuando no quepa en caso de solidaridad el apreciar un litis consorcio pasivo necesario ello debe ser modulado pues en el ejercicio de la acción de repetición se podría dar lugar a fallos contradictorios.

Ya hemos establecido en el anterior fundamento la legitimación pasiva de la parte apelante en la acción ejercitada por la actora, acción que como la propia parte apelante implica una responsabilidad solidaria con los facultativos que la apelante ofrece en sus servicios médicos, solidaridad que excluye el litisconsorcio pasivo (1.144 CC), ello sin perjuicio de las acciones que puedan asistir a la aseguradora, frente al facultativo que prestó la asistencia médica en el ámbito de las relaciones internas entre ellos, o frente a la Clínica en la cual se dispensaron los servicios.

En ningún caso el ejercicio de esta acción de repetición puede producir excepción de cosa juzgada, pues no se darían los requisitos exigidos para ello, pues no serían las mismas partes, ni estaríamos ante la misma acción, por lo tanto tampoco se podría dar un supuesto de fallos contradictorios. Así también lo entendió la sentencia de la Sección 18 de esta APM de 23 de junio del 2020



(ponente D. PEDRO POZUELO), y sentencia de esta misma sección de 26 de junio del 2019 (ponente D. LUIS PUENTE DE PINEDO).

CUARTO.- El siguiente motivo es el error en la valoración de la prueba respecto del proceso de información, seguimiento del paciente tras la intervención RTU y por estimar daño desproporcionado.

Respecto al consentimiento debidamente informado de la paciente, la sentencia del TS de 21 de diciembre del 2006 refiere sobre el mismo “Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente y que obliga tanto al médico responsable del paciente como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su visita elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto. Es razón por la que en ningún caso el consentimiento prestado mediante documentos impresos carentes de todo rasgo informativo adecuado sirve para conformar debida ni correcta información. Son documentos ética e ilegalmente inválidos los que se limitan a obtener la firma del paciente pues aun cuando pudieran proporcionarle alguna información, no es la que interesa y exige la norma como razonable para que conozca la trascendencia y alcance de su patología, la finalidad de la terapia propuesta, con los riesgos típicos del procedimiento, los que resultan de su estado y otras posibles alternativas terapéuticas. Es, en definitiva, una información básica y personalizada y no un simple trámite



administrativo, en la que también el paciente adquiere una participación activa, para, en virtud de la misma consentir o negar la intervención”.

En el presente caso el doc. nº 13 de la demanda es un consentimiento informado firmado por la parte actora, pero que según la declaración de la hija de la actora, que acompañó a su madre el día 11 de marzo del 2011, ese consentimiento no se firmó dicho día, pues tan solo se les informo de una prueba diagnóstica cistoscopia prueba sencilla y sin complicaciones, sin que se le diera a firmar hasta el día 15 de marzo, el mismo día que se le hacía la prueba, entregándosela una enfermera sin más explicaciones. El propio Doctor en un escrito que envió a las actuaciones que obran en el folio 338 que el consentimiento informado le fue enviado por email, y que la paciente no tuvo dudas.

Es evidente que la paciente no estuvo correctamente informada ni de la necesidad de la prueba, ni la forma de intervención ni tampoco de los riesgos de la misma pues ni consta el envío por email, y la propia hija de la actora manifestó que no se recibió. Así también lo considero el perito SR preguntado al respecto expresamente manifestó que el consentimiento informado se debe exponer por el médico, de forma presencial y 48 horas de antelación a la prueba, requisitos que en este caso no constan realizados en ningún caso, pues ni la hizo el doctor, ni consta que se realizara con 48 horas de antelación, cuando en el consentimiento informa constan dos fechas, 11 de marzo y 15 de marzo, luego ningún error en la valoración de la prueba se puede apreciar en este punto.

El otro error alegado por la parte recurrente es relativo al seguimiento posterior a la realización de la RTU. Según el informe médico aportado por el



doctor [redacted] a la paciente se le dio de alta el mismo día de la intervención sin dolor sin hematuria y sin problemas, todo ello sin comprobación personal del doctor, pues manifiesta que le confirman que la paciente se ha ido del hospital sin problemas.

No constan llamadas a la paciente con posterioridad, teniendo en cuenta los riesgos tan importantes y graves que la prueba presentaba, dicho por todos los peritos, y por el propio consentimiento informado que se entregó a la paciente el día 15 de marzo.

Lo que sí que constan son llamadas de la actora al centro médico doc. 16, después de la RTU en las que la paciente informaba de su empeoramiento al seguir sangrando, con dolor y con fiebre, y es por ello que el día 2 de abril del 2011, la actora acude al Hospital [redacted] en el que ingresa con una septicemia grave que proviene de una fistula vawsicovaginal que es una comunicación anómala entre vejiga y vagina secundaria a perforación vesical tras la maniobra endoscópica de RTU.

Ni el informe del doctor [redacted] ni el historial del centro hospitalario han informado de un seguimiento posterior a la realización de la RTU, lo cual indica negligencia teniendo en cuenta las complicaciones de la prueba, cuando todos los peritos han informado en esa dirección.

En cuando el último punto el error en la apreciación de daño desproporcionado La doctrina del daño desproporcionado - STS 6 de junio 2014 - permite no ya deducir la negligencia, ni establecer directamente una presunción de culpa, sino aproximarse al enjuiciamiento de la conducta del agente a partir de una explicación cuya exigencia se traslada a su ámbito, pues



ante la existencia de un daño de los que habitualmente no se produce sino por razón de una conducta negligente, se espera del agente una explicación o una justificación cuya ausencia u omisión puede determinar la imputación por culpa que ya entonces se presume.

El daño desproporcionado - STS de 19 de julio de 2013 - es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y que obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el onus probandi «de la relación de causalidad y la presunción de culpa (SSTS 30 de junio 2009, rec. 222/205; 27 de diciembre 2011, rec. num. 2069/2008 , entre otras), sin que ello implique la objetivación, en todo caso, de la responsabilidad por actos médico», «sino revelar, traslucir o dilucidar la culpabilidad de su autor, debido a esa evidencia (res ipsa loquitur)» (STS 23 de octubre de 2008, rec. num. 870/2003).

III) La Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de mayo de 2014, respecto a la responsabilidad médica, dice lo siguiente: "La responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una



buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (SSTS 12 de marzo 2008 ; 30 de junio 2009)".

En este caso la sentencia objeto de recurso al no ponerse en tela de juicio las secuelas que le han quedado a la paciente relatadas en la sentencia que son las siguientes:

-Existencia de una fistula vesico-vaginal iatrogénica, producida tras la RTU en una cavidad vesical friable por la intensa inflamación existente (perforación iatrogénica de la vejiga urinaria).



-Infección grave (sepsis) de origen urológica que motivó ingreso hospitalario secundario a la existencia de la fistula antes descrita.

-Peritonitis difusa con colecciones purulentas en la región pélvica que necesitaron drenaje quirúrgico y tratamiento por sistema VAC con varios ingresos hospitalarios.

-Eventración post-laparotómica gigante en la línea media abdominal secundaria a las intervenciones quirúrgicas practicadas a la paciente.

-Síndrome adherencial secundario a los cuadros de peritonitis y drenaje de colecciones purulentas existentes.

-Síndrome depresivo-ansioso reactivo a su situación médica.

Secuelas graves todas ellas sobre las que no constan una explicación sobre cómo se han llegado a producir las mismas, tras la prueba RTU realizada por el doctor [redacted] pues ningún perito de los actuantes lo han podido justificar, independientemente de la que la prueba RTU estuviera justificada para resolver la patología de la paciente, al existir discrepancias al respecto entre los peritos actuantes.

En consecuencia tampoco este motivo de recurso puede ser estimado

QUINTO.- En relación al motivo d) por aplicación indebida del baremo de circulación de la Ley 35/2015, atendiendo a que los daños se causaron con antelación a la entrada en vigor del baremo mencionado , ya que se produjeron



en el 2013 por lo que este sería el baremo que debió aplicarse para la valoración de los daños .

La sentencia del TS de 13 de septiembre del 2021 dice:

“En el sentido expuesto, en la sentencia 460/2019, de 3 de septiembre, declaramos al respecto:

"Ahora bien, que el citado baremo se utilice con carácter orientativo y que puedan aplicarse criterios correctores en atención a las circunstancias concurrentes en el sector de actividad donde ha acaecido el siniestro, no significa que el margen de arbitrio del tribunal llegue al punto de poder elegir qué sistema de valoración de daños personales y qué cuantías elige, si los vigentes cuando se produjo el accidente (y, en el caso de lesiones, la cuantía del punto vigente cuando se produce el alta definitiva) o los vigentes en un momento posterior, como puede ser el de la sentencia".

La sentencia de la Audiencia es inicialmente coherente con la jurisprudencia de esta Sala, evidenciada, entre otras, en la sentencia 33/2015, de 18 de febrero , cuya doctrina reproduce la ulterior sentencia 460/2019, de 3 de septiembre , según la cual:

"[...] procede cuantificar el daño mediante la aplicación del Baremo o sistema legal de valoración del daño corporal incorporado al Anexo de la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, de aplicación orientativo a otros sectores distintos de la circulación, conforme doctrina reiterada de esta Sala (afirmada en SSTs de 9 de diciembre de 2008; 11 de septiembre 2009 , entre otras), teniendo además en cuenta que, a



partir de las SSTs de 17 de abril de 2007, del Pleno de esta Sala (rec 429/2007 y rec 430/2007), constituye igualmente jurisprudencia reiterada, recogida en las más recientes de 9 de julio de 2008, 10 de julio de 2008, 18 de junio de 2009 y 9 de marzo y 5 de mayo de 2010, que los daños sufridos quedan fijados de acuerdo con el régimen legal vigente en el momento de la producción del hecho que ocasiona ese daño, sin perjuicio de que su valoración económica se haga, a efectos de concretar la indemnización correspondiente, con arreglo a los importes que rigen para el año en que se produzca el alta definitiva o estabilización de las lesiones sufridas por el perjudicado".

Con arreglo a dicha Jurisprudencia, siendo que la actora no tuvo el alta médica hasta el 2016 según el informe médico del Hospital que la parte actora acudió el 2 de abril del 2013 tras la intervención médica realizada por el Doctor y donde se trataron todas las patologías sufridas por la actora por el deficiente diagnóstico médico y su tratamiento posterior, que obra en las actuaciones como doc. nº 23 de la demanda, momento en que la Ley 35 /2015 ya había entrado en vigor el motivo del recurso no puede ser estimado.

SIXTO.- Las costas conforme al artículo 394 y 398 de la LEC se impondrán a la parte apelante

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

FALLO

Desestimamos el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de frente a la sentencia dictada por la





titular del Juzgado de Primera Instancia nº 67 de MADRID la cual confirmamos íntegramente con imposición de costas a la parte apelante.

La desestimación del recurso conlleva la pérdida del depósito constituido para recurrir, según se establece en el apartado nueve de la disposición adicional decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

Contra esta sentencia cabe recurso de casación, siempre que la resolución del recurso presente **interés casacional**, con cumplimiento de los requisitos formales y de fondo de interposición, y recurso extraordinario por infracción procesal, ambos ante la Sala Primera del Tribunal Supremo, los que deberán interponerse ante este Tribunal en el plazo de **VEINTE** días desde el siguiente al de la notificación de la sentencia. No podrá presentarse recurso extraordinario por infracción procesal sin formular recurso de casación.

Haciéndose saber a las partes que al tiempo de la interposición de los mismos, deberán acreditar haber constituido el depósito que, por importe de **50 € por cada tipo de recurso**, previene la Disposición Adicional Decimoquinta de la L.O.P.J., establecida por la Ley Orgánica 1/09, de 3 de noviembre, sin cuyo requisito, el recurso de que se trate no será admitido a trámite.

Dicho depósito habrá de constituirse expresando que se trata de un "Recurso", seguido del código y tipo concreto de recurso del que se trate, en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección abierta con el nº 2580, en la sucursal 3569 del Banco de Santander, sita en la calle Ferraz nº 43.

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/cove mediante el siguiente código seguro de verificación: 088892890837158164327



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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/covc mediante el siguiente código seguro de verificación: 0888992890837158164327



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia dictada en apelación 465 firmado electrónicamente por M^a CARMEN ROYO JIMÉNEZ, JUAN JOSÉ GARCÍA PÉREZ, INMACULADA MELERO CLAUDIO