

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N° 33  
MÁDRID  
CALLE CAPITAN HAYA N: 66 4: PLANTA  
TELÉFONO:

N.I.G.: 28079 1 0165077 /2012  
PROCEDIMIENTO ORDINARIO 1340 /2012

Procedimiento:

S E N T E N C I A N° 51/2014

**JUEZ QUE LA DICTA:** D<sup>a</sup> MARIA TERESA DE LA ASUNCION RODRIGUEZ

**Lugar:** MADRID

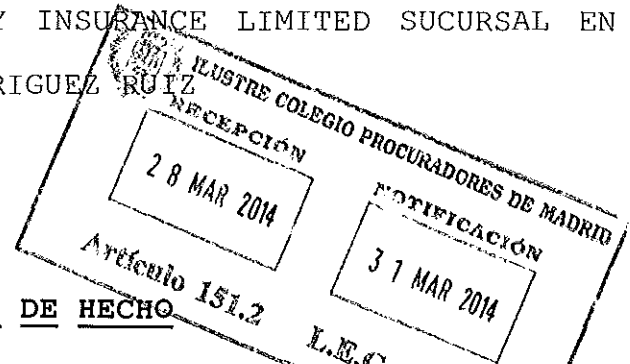
**Fecha:** veintisiete de marzo de dos mil catorce

**PARTE DEMANDANTE:** JOSE FRANCISCO [REDACTED] DANIEL [REDACTED]  
[REDACTED], ALBERTO [REDACTED], JOSE [REDACTED]

**Procurador:** ARGIMIRO VAZQUEZ GUILLEN, ARGIMIRO VAZQUEZ GUILLEN  
, ARGIMIRO VAZQUEZ GUILLEN, ARGIMIRO VAZQUEZ GUILLEN

**PARTE DEMANDADA** W.R. BERKLEY INSURANCE LIMITED SUCURSAL EN  
ESPAÑA

**Procurador:** MARIA MACARENA RODRIGUEZ RUIZ



ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** En turno de reparto correspondió a este juzgado la demanda inicio de las presentes actuaciones, en la que la parte actora D.JOSE [REDACTED] D.JOSE FRANCISCO [REDACTED] D. DANIEL [REDACTED] Y D. ALBERTO [REDACTED]

tras exponer los hechos y fundamentos en que se funda su pretensión, interesa que en su día se dicte a Sentencia frente a W.R. BERKELEY INSURANCE EUROPE LIMITED SUCURSAL EN ESPAÑA conforme el suplico, en base a los hechos y fundamentos que se dan por íntegramente reproducidos.

Emplazada la demandada contesto oponiéndose a las pretensiones de la actora, en base a los hechos y fundamentos que se dan por reproducidos.

De conformidad con lo establecido en el artº 415 de la L.E.Civil se declaro abierto el acto y se exhortó a las partes para que intentasen llegar a algún tipo de acuerdo o transacción, y comprobando que subsiste el litigio se procedió a la celebración de Audiencia Previa.

Celebrada Audiencia Previa la parte actora se ratifico en su escrito de demanda si bien afirma que la paciente sufrió 6 intervenciones y el año es 2010 y no 2005, y propuso como medios de prueba

La parte demanda se ratifica en su contestación y propone como medios de prueba interrogatorio de parte, documental por reproducida, testifical y que se libre oficio para ratificación de factura que se considera innecesaria en virtud de lo establecido en el artº 283 de la LEC.

**SEGUNDO.-** Abierto el juicio a prueba, se admitió la prueba propuesta y admitida con el resultado obrante en autos.

Según lo establecido en el artº 433 2º de la LEC las partes realizaron un resumen de prueba practicada sobre los hechos controvertidos por escrito, quedando los autos conclusos para Sentencia en fecha 3 de marzo de 2014.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO.

**PRIMERO.-** La presente reclamación trae como causa el ingreso de D. M<sup>a</sup> Carmen [REDACTED] [REDACTED] el día 31 de marzo de 2010 en el Hospital General Universitario Reina Sofoca y su fallecimiento el 9 de agosto del mismo, con 63 años de edad, tras ser diagnosticada de tumor de ciego, habiendo sido intervenida en cinco ocasiones distintas, falleciendo por peritonitis; alegando la parte actora existió negligencia médica, por lo que estima debe condenarse a la demandada a abonar a D. José [REDACTED] [REDACTED] esposo la cantidad de 116.243,84.-euros, a cada uno de sus tres hijos la cantidad de 9.686,98.-euros, mas los intereses del artº 20 de la LCS, desde la fecha del siniestro; todo ello con expresa condena en costas a la demandada.

La parte demandada se opone alegando en esencia que el equipo médico del Servicio Murciano de Salud actuó conforme a la lex artis, y no existe, en consecuencia, responsabilidad atendida la patología y tratamiento recibido por la paciente D. M<sup>a</sup> Carmen [REDACTED] [REDACTED] que se detalla en el escrito de contestación, y por ello insta la desestimación íntegra de la demanda planteada.

Así pues en primer lugar deberá dilucidarse, toda vez que la acción ejercitada es la prevista en el artº 76 de la LCS, si se ha producido o no negligencia por parte de los Servicios Médicos del Hospital Universitario Reina Sofía, perteneciente al Servicio Murciano de Salud, y sí se determina la responsabilidad deberá fijarse la indemnización y su cuantía.

De manera constante ha venido estableciendo la doctrina jurisprudencial que la responsabilidad médica surge por no haber aplicado al caso el facultativo los medios que según el estado de la técnica en cada momento es posible utilizar, y no de resultados, pues la intervención facultativa no sirve para

garantizar en modo alguno el restablecimiento o la sanidad del paciente. Se trata, pues, en la mayor parte de los casos de una cuestión que no resulta fácil, por confluir en la salud, su estabilidad, restablecimiento o pérdida, tantos y tan variados factores. Por ello se convierte en tan imprescindible como decisivo la valoración de la totalidad de las pruebas obrantes en lo actuado, a fin de discernir la relación de causalidad entre la actuación del facultativo y el resultado dañoso producido, que, a veces, puede aparecer bajo formas indirectas, mediatas o concurrentes.

El ineludible deber de juzgar exige valorar todos aquellos hechos y circunstancias que sean imprescindibles para solucionar el litigio suscitado y que se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de la producción de los hechos, evitando valorar las lesiones que no tengan su origen en la forma en que fue prestada la asistencia sanitaria, por ser inherentes o derivadas de la propia patología del enfermo.

En la medicina curativa la culpa o negligencia es la base de la responsabilidad civil profesional del médico y la obligación de diligencia del médico, como deber de actuación y no de resultado, se funda en el cumplimiento de la llamada "lex artis ad hoc", que es un criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico que no sólo exige el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis sino también la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza y circunstancias ( sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo número 495/2006, de 23 de mayo de 2006, y SAP, Civil sección 21 del 02 de marzo del 2010 (ROJ: SAP M 3032/2010) Recurso: 95/2008).

Nos encontramos ante una medicina de medios y no de resultados, en la que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida; pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar ó descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena. Implica por tanto un doble orden de cosas: en primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. En segundo, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con

el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error, independientemente de las pruebas que se le realicen ( SSTS 15 de febrero 2006; 19 de octubre 2007; 3 de marzo de 2010)".

**SEGUNDO.-** Pues bien aplicando la anterior doctrina al supuesto de autos de la prueba practicada en el acto del juicio se derivan los siguientes extremos.

El perito D. Fernando Ladero Sánchez, es preguntado si tiene manejo en la cirugía de colón, diciendo que son numerosas sus operaciones pero complicaciones ha tenido pocas, la paciente tenía anemia, sintomatología importante que da indicios del carcinoma, pero no tenía otra patología, de no haber surgido las complicaciones a los 5 años la supervivencia es de un 90%. Se utilizaron 4 trocares y el tamaño está descrito, uno fue colocada en la fosa iliaca derecho donde esta el ciego y el iliún terminal, el asa que le perforó esta en la inmediación del sitito donde se practicó la intervención. La duración de 5 horas es significativo de la propia experiencia. El asa del intestino estaba girada 180° y con ello rotado... Hecho que según el perito no tiene justificación porque se puede visualizar no es normal que ello suceda. No tiene duda que la lesión fue debido al trocar que se introdujo en la fosa iliaca derecha. Las perforaciones en cirugía laparoscopica es por la introducción de trocar. No hay indicios de otra causa. Las perforaciones que se pueden producir con una pinza son desgarros y con el bisturí quemaduras. A los cinco días la paciente sufre una peritonitis fecaloideas supone que las heces caen a la cavidad peritoneal y la está infectando, y esto aumento la mortalidad del enfermo. Si se hubiera intervenido la perforación en las primeras 12 horas la mortalidad sería 0. Había datos analíticos que hacían pensar que la enferma tenía una enfermedad peritoneal, se debería haber hecho un TAC. En los tres meses siguientes a la intervención ha habido una continuidad a partir de la perforación la peritonitis fecaloideas y aparecen todas las consecuencias negativas. Es preguntado porqué no se percató el cirujano de la intervención contestando que no lo sabe, pero si antes de dar por finalizada la intervención quirúrgica hubiera revisado de toda la cavidad peritoneal se hubiera percatado. No figura que tal revisión se hubiera efectuado. Añade que la reparación en el acto operatorio de la perforación tiene una recuperación del 100% con la simple sutura de la perforación que no hay infección. En el TAC se observaban dos focos localizados que debieron tratarse inmediatamente. Concluye que en la primera punción se evacuan solo 10 cm cúbicos por lo que cree que la punción no entró en la cavidad del acceso, y el segundo foco no se tocó. Y estaba indicado evacuar y en una mujer es fácil a través de la vagina con una perforación. No tiene sentido mantener un acceso 11 días no tiene justificación alguna. El alta médica el día 4 de junio no está justificado con el catéter drenando porque no existía certeza que se había curado la peritonitis localizada. Si se suprimen los antibióticos y no se drena el acceso se reproduce y con ello la infección recidiva. Entiende que el drenaje percutáneo no llega a vaciar el acceso, nunca se llegó a curar. Existía una alternativa drenar la cavidad del acceso.

Se deben correr los riesgos suficientes para llegar a la cavidad del absceso y drenar. Las intervenciones sucesivas no solucionaron el problema porque no se efectuó un drenaje correcto. La evolución hacia el fracaso multiorgánico es lo normal tras esta infección, acompañado de un fracaso pulmonar. En las 48 horas siguientes la cavidad peritoneal se defiende tratando de limitar el proceso las asas intestinales y había una alteración analítica importante, en una operación no hay leucocitosis ni una neutrofilia. La peristalsis solo se produjo en una zona del intestino, el 4 de junio cuando le dieron de alta no se había curado la infección, no había tiempo suficiente para controlar, hubieran sido necesarios 4 o 5 días más, porque si no se ha curado el absceso va a recaer. La enferma tarda más días en cerciorarse pero el médico lo hubiera detectado antes de los 7 días. Con una exploración clínica y radiológica se hubiera solucionado el problema. Si la infección se repite una y otra vez en el mismo sitio es porque no llegó a curarse.

D. Alfredo Badia Yébenes, cirujano que opera casi 250 cáncer de colón al año, entiende que la intervención quirúrgica indicada fue la correcta y la cirugía laparoscópica es la preferente salvo que haya contraindicación, sobre la duración de la intervención afirma que el paciente necesita una preparación que a veces dura más de dos horas, y su intervención duro otras dos horas.... Es una cirugía lenta, pero es más cómoda para el paciente. La forma habitual para practicar el neumoperitoneo es hacer una incisión y luego ir visualizando. Entiende que existió una lesión diferida, porque la perforación inmediata se manifiesta rápidamente, y la paciente estuvo bien 48 horas y luego empeoro, y ello por el mal control de las asas intestinales durante la cirugía laparoscópica. En cuanto a los análisis estima que en el inmediato posterior no es indicativo de grandes cosas..... se utiliza el cambio si aumenta mucho hay problemas, y por encima de la analítica está la clínica, y si el paciente no tiene dolor abdominal, no está tarquicadico y está respirando bien se estima que el postoperatorio es normal. Si la dificultad surge en la operación los síntomas son evidentes inmediatamente. El dolor tenía que haber sido intensísimo. La monitorización permite conocer estos síntomas. Aprovecharon la incisión para explorar la el tratamiento del infección que una incisión media. Era la incisión que menos daño hacia el paciente. El tratamiento de los abscesos es pinchar y el éxito está asegurado. Cree que el alta fue adecuado porque estuvo la paciente 24 horas sin fiebre y sin antibiótico. El tratamiento del absceso es adecuado, y se respetan los ciclos del antibiótico. Y el alta se le da sin fiebre, y continuo a los 5 días afebril, ~~reingresa el 20 de julio y entiende que de ese absceso no se llega a saber la causa, en esta ocasión en palpable, se dan unos cortes para drenar porque el absceso está muy superficial y atendido la salida de la porquería por un cirujano se consideraba exitoso pero lo cierto es que tenía un trayecto hacia atrás y no estaba bien drenado por lo que deciden reintervenirla. Una ileostomía terminal hubiera puesto a la paciente con menos complicaciones con la suturas, pero supone que se evacuan de 2 a 4 litros de cacas a la bolsa, y supone grave deshidratación, y colocar una vía central para alimentarle e hidratarle y supone con una calidad de vida muy~~

dura con riesgo de infecciones. El al menos la hubiera practicado en una primera intervención no en las siguientes. Ve situaciones poco exitosas pero opinables. Entiende que no tiene que ver nada el tamaño del trocar con el de la perforación, el trocar peligroso es el primero, el del ombligo. Entiende que es en el manejo de las pinzas donde se produce la perforación, y forma parte de la técnica ineludible para manejar la información. No se puede hacer una inspección de la cavidad abdominal porque tiene 100 metros cuadrados, sólo se hace una revisión somera porque se tienen que mirar las asas y puede causar mayores lesiones, si se examina la retirada de los trocales. Las complicaciones postoperatorios son difíciles de diagnosticar, la lesión es diatrogénica, las consecuencias vienen de la contaminación de la cavidad abdominal. La evolución de la paciente en las 48 horas después se entiende que se trata de una lesión diferida. En el segundo protocolo que habla de pastron sobre la perforación supone que los mecanismos de defensa se habían puesto en marcha por lo que avala que es una complicación diferida. El absceso necesita su tiempo para madurar porque antes forma un plastron, por lo que la primera intervención el día 20 supuso que no estaba suficientemente madura. El drenaje del primero 23 de mayo fue exitoso pero a la vista del tac el día 30 ven que el absceso de douglas es independiente y se drena y es exitoso el día 1 de junio, ambos se pueden drenar por la misma vía. El día 4 de junio fue dada de alta con un drenaje y dice que habitual. El día 8 de junio se realizo un nuevo Tac, los abscesos una vez drenado no necesitan más antibióticos. El TAC se repite el día 15 y se retiro el drenaje y el día 22 la paciente reingresa con fiebre, dolor abdominal y un nuevo TAC demuestra el absceso... Lo que demuestra es que la causa del absceso no se había tratado o pasado desapercibida, y la causa consta fue una fístula de la anastomosis... Se le vuelve a dar de alta y el día 20 de julio reingresa en mala situación por el plastrón... Y entiende que se actúa correctamente una vez mas drenándose y necesita 4 intervenciones quirúrgicas con anestesia general 20, 23, 25 y 27.... surgieron complicaciones, tienen fístula y absceso, a partir de ahí es toda una cirugía obligada por la escasa capacidad de cicatrización la intervención funcionó a medias porque una parte de la fistula no se intervino y que también fistulizo, concluyendo que no sea frecuente no significa es que no sea posible.

Así pues junto a la documental aportada, las periciales unidas a autos y sobre todo las aclaraciones realizadas en el acto de la vista, son la prueba fundamental para determinar la existencia o no de negligencia.

**TERCERO.-** De la valoración conjunta de la prueba unida y practicada en el acto del juicio se derivan las siguientes conclusiones, resulta como prueba determinante del daño la pericial del Doctor Fernando Ladero Alvarez y en el su informe, que se acoge en su integridad por estimar es el más completo junto con las aclaraciones efectuadas en el acto del juicio y la documental obrante, cabe fundamentar la negligencia médica padecida por la paciente, en virtud del criterio de imputación que resulta del art. 1.902 CC, y así se

entiende demostrada la relación o vínculo de causalidad entre el daño y la mala praxis, así como la culpa en el sentido de quedar acreditado que un actuación culpabilística por consecuencia un tratamiento equivocado, ineficaz y perjudicial para la paciente, y ello por entender fundamental en el supuesto de autos que la evolución postoperatoria recibió una respuesta insuficiente que concluyó en el fatal desenlace de la muerte de la paciente, lo que llevó a varias reintervenciones que queda probado con la pericial acogida en la presente resolución no fueron las más adecuadas. No se trata, por tanto, de un claro error de diagnóstico sino de una clara tardanza en buscar el diagnóstico correcto y actuar en consecuencia, basta examinar en la documental aportada los sucesivos reingresos de la paciente, sucesivas intervenciones, hasta cindo, y el empeoramiento progresivo que exigieron a todas luces una respuesta inadecuada e insuficiente que terminaron con la muerte. La actuación negligente se configura en el caso presente como causa directa, suficiente y adecuada para producir el resultado de peritonitis o infección generalizada que finalmente se produjo en la demandante al no haberse aplicado el tratamiento correcto, de manera que se produce la relación de causalidad exigida para la viabilidad de la acción ejercitada, configurándose la conducta de los actuantes como antecedente suficiente y necesario para la producción del resultado dañoso.

Y declarada de este modo la relación de causalidad entre las intervenciones quirúrgicas efectuadas por el Servicio Murciano de Salud a la paciente y su fallecimiento, y su actuación negligente con un resultado antijurídico que la paciente, a pesar del consentimiento informado, no tenía deber de soportar por entender vulnerada la lex artis.

CUARTO.- Y declarada la negligencia del Servicio Murciano de salud se estima bastante para condenar a la Compañía aseguradora demandada. Se trata de un problema que ha sido resuelto reiteradamente atribuyendo competencia a la jurisdicción civil cuando la demanda se dirige en el ejercicio de la acción directa del artículo 76 LCS EDL1980/4219 , contra el asegurador de la Administración ( SSTS 30 de mayo 2007 EDJ2007/100750 ; 21 de mayo 2008 EDJ2008/82728 y 11 de febrero 2011 EDJ2011/8443 ), antes y después de la reforma del artículo 9 de la LOPJ EDL1985/8754 y que ha sido también corroborado por numerosos autos de la Sala de Conflictos de este Tribunal (Autos de fecha 22/03/2010 -Conflicto Competencia 23/2009, 25/2009 y 27/2009 -, 18/10/2010 - CC. 21/2010 -, 17/10/2011 - CC. 27/2011 -, 3/10/2011 - CC. 28/2011 -, 5/12/2011 - CC. 46/2011 -, 24/09/2012 - CC. 22/2012 - y CC 4/2013).

La reforma de la LOPJ llevada a cabo por la LO 19/2003, reconoce expresamente la competencia del orden jurisdiccional

contencioso administrativo cuando el interesado accione directamente contra el asegurador de la Administración, junto a la Administración respectiva. Como dice el auto de la Sala de Conflictos de 12 de marzo de 2013, "el legislador quiere que no quede resquicio alguno en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas que permita el conocimiento del asunto a otro orden jurisdiccional, razón por la que atribuye a la contencioso-administrativa tanto el conocimiento de las acciones directas (dirigidas contra la Administración y su aseguradora), como las entabladas contra cualquier otra entidad, pública o privada, aunque las mismas, solo de una forma indirecta, sean responsables, junto a la Administración, de los daños y perjuicios causados, para reconocer una única excepción a este sistema en aquellos supuestos en que los perjudicados, al amparo del artículo. 76 de la Ley del Contrato de Seguro, se dirijan directa y exclusivamente contra la compañía aseguradora de una Administración pública, de forma que en estos casos el conocimiento de la acción corresponde a los tribunales del orden civil y ello por cuanto "en esta tesitura la competencia ha de corresponder necesariamente a la jurisdicción civil, pues no cabe acudir a los tribunales de lo contencioso-administrativo sin actuación u omisión administrativa previa que revisar ni Administración demandada que condenar",

QUINTO.- Respecto de la cuantía indemnizatoria, la utilización del Baremo previsto para resarcir a las víctimas de accidentes de circulación por las lesiones y secuelas padecidas, no es de obligada aplicación fuera del ámbito específico donde está previsto, empleándose únicamente con finalidad orientativa, bien sea a petición de parte o/y por iniciativa fundada del Tribunal, de modo que el criterio básico donde ha de apoyarse la juez "a quo" para establecer la indemnización es la proporcionalidad de la misma en función de los daños padecidos, sea o no coincidente con el citado Baremo, de modo que se resarzan aquéllos de acuerdo con un juicio fundamentalmente basado en la equidad. Desde esa perspectiva, el daño moral padecido por los actores por la muerte de su joven madre ha sido intenso, y a falta de otro criterio más fiable, con arreglo al criterio sostenido "el daño sufrido por la pérdida de la hija debe calcularse con arreglo a los criterios y dentro de los límites previstos en las tablas I y II del Anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en que ya están incluidos los daños morales, a falta de otros datos más seguros, por lo que para el actual caso cabe estimar íntegramente la cuantía reclamada por la parte actora, y asimismo resultan de aplicación los intereses del artº 20 de la L.C.S, al constar que la demandada tuvo perfecto conocimiento de la forma en que





se produjo la muerte de la paciente, en fecha 9 de agosto de 2010, tras haber entrado en vigor una póliza de seguro de responsabilidad civil suscrita por el Servicio Murciano de Salud con la compañía aseguradora demandada.

Por todo lo anterior estimo íntegramente la demanda y en su virtud condeno a la parte demandada a abonar a D. JOSE [REDACTED] [REDACTED] la cantidad de 116.243,84.-euros, y a D. JOSE FRANCISCO [REDACTED] [REDACTED] D. DANIEL [REDACTED] [REDACTED] Y D. ALBERTO [REDACTED] [REDACTED] la cantidad de 9.686,98.-euros para cada uno de ellos, más los intereses del artº 20 de la LCS; todo ello con expresa condena en costas a la demandada, atendido el criterio objetivo del vencimiento.

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

### FALLO

Estimo íntegramente la demanda planteada por D. JOSE [REDACTED] [REDACTED] D. JOSE FRANCISCO [REDACTED] [REDACTED] D. DANIEL [REDACTED] [REDACTED] Y D. ALBERTO [REDACTED] [REDACTED] frente a W.R. BERKELEY INSURANCE EUROPE LIMITED, declaro haber lugar a la misma y en su virtud condeno a la parte demandada a abonar a D. JOSE [REDACTED] [REDACTED] la cantidad de CIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES EUROS CON OCHENTA Y CUATRO CENTIMOS (116.243,84.-euros), y a D. JOSE FRANCISCO [REDACTED] [REDACTED] D. DANIEL [REDACTED] [REDACTED] Y D. ALBERTO [REDACTED] [REDACTED] la cantidad de NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS EUROS CON NOVENTA Y OCHO CENTIMOS (9.686,98.-euros) para cada uno de ellos, mas los intereses del artº 20 de la LCS; todo ello con expresa condena en costas a la demandada.

**MODO DE IMPUGNACIÓN:** mediante recurso de **APELACIÓN** ante la Audiencia Provincial de MADRID (artículo 455 LECn).

Asimismo, firme que sea la presente resolución sepa la parte condenada que si, en el **término de 20 días** (art. 548 de la LECn) a partir de la notificación, no cumple el fallo de la presente sentencia la parte vencedora en el pleito podrá pedir la ejecución forzosa de la misma que generará **nuevas costas** además de las impuestas en sentencia para la parte condenada.





Administración  
de Justicia

Así por esta sentencia, lo pronuncio, mando y firmo.

**PUBLICACION.-** Leída y publicada fue la anterior Sentencia por el/la Sr./a. Juez que la suscribe, estando celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, doy fe.



Madrid