

RESPONSABILIDADES EN EVENTOS DE PÚBLICA CONCURRENCIA: LA SENTENCIA DEL “MADRID ARENA”. Versión II modificada

Prof. Dr. José Julián Isturitz

Escuela de Prevención y Seguridad Integral del Universidad Autónoma de Barcelona

Versión completa. Incluye actualización con sentencia del Tribunal Supremo.

Mayo 2018



INDICE

1	EL SINIESTRO	4
2	DESTINATARIOS Y PROPOSITO	4
2.1	Destinatarios	4
2.2	Propósito.....	4
2.3	Consideraciones.....	4
3	ORGANIZACIONES ACTORAS EN EL EVENTO	5
4	PRONUNCIAMIENTO JUDICIAL	5
4.1	Diligencias previas.....	5
4.2	Sentencia de la Audiencia Provincial	5
4.3	Sentencia del Tribunal Supremo.....	6
5	HECHOS PROBADOS	7
5.1	Responsabilidad del evento.....	7
5.2	Planificación del evento y medidas de seguridad.....	7
5.3	Sobre los vigilantes	7
5.4	Sobre el aforo.....	7
5.5	Control de accesos	7
5.6	Intensidad del control de accesos	8
5.7	Vías de evacuación.....	8
5.8	Actuación	8
5.9	Servicio medico.....	8
5.10	Causas	9
6	ACTUACION Y RESPONSABILIDAD DE LOS ACTORES (PERSONAS FISICAS Y JURIDICAS) (39)	9
6.1	AYUNTAMIENTO DE MADRID	9
6.2	EMPRESA PUBLICA GESTORA DEL ESTABLECIMIENTO:	9
6.3	PROMOTOR DEL EVENTO.....	10
6.4	EMPRESA DE SEGURIDAD PRIVADA.....	10
6.5	EMPRESA CONTROLADORA: controladores	10
6.6	SERVICIO MEDICO (44).....	10
7	DISFUNCIONES ORGANIZATIVAS	11
7.1	Sobreventa:.....	11
7.2	Reunión previa de planificación.....	11
7.3	Análisis de riesgo previo	11
7.4	Coordinación en el evento.....	11
7.5	Accesos interiores.....	11
7.6	Controladores	12
7.7	Vomitorios (salida de emergencia).....	12
7.8	Acceso libre:.....	12
7.9	Actuación medica.....	13
7.10	Proteccion contra incendios	14
7.11	Plan de autoprotección.....	14

7.12	Salidas de emergencia	14
7.13	Incidencia de las deficiencias previas	14
7.14	Elaboración de documentos	14
8	IMPUTACIONES Y PENALIDAD.....	15
9	SINGULARIDADES A DESTACAR.....	22
9.1	Sobre el Director de seguridad de la empresa pública.....	22
9.2	Servicio médico (619 y ss.).....	23
10	CONCLUSIONES	24
11	BIBLIOGRAFIA.....	26

1 EL SINIESTRO

La noche de "Halloween", del 31 de octubre, al 1 de noviembre 2012, se había organizado en el pabellón multiusos, propiedad del Ayuntamiento de Madrid, denominado como "Madrid Arena" y ubicado en la Casa de Campo, un evento consistente en un espectáculo musical denominado "Thriller Music Park 2012- Steve Aoki (Halloween)". Simultáneamente, y coincidiendo con este evento, también estaba convocado en los alrededores, un macro-botellón que fue declarado ilegal.

Debido a un cumulo de circunstancias, se produce una avalancha en el interior del establecimiento, que causó cinco fallecimientos y más de treinta heridos, principalmente por aplastamiento.

2 DESTINATARIOS Y PROPOSITO

2.1 Destinatarios

Este texto está especialmente destinado a responsables, técnicos e interesados, fundamentalmente en la planificación de la autoprotección en emergencias y protección civil y de manera singular, a los técnicos competentes para formular planes de autoprotección. A estos últimos puede servirles para poner "acentos" y especial cuidado en determinadas partes de la planificación y conocer las diferentes posiciones respecto del incidente y sus responsabilidades frente al mismo.

También es útil para empresas de seguridad, de control de accesos, videovigilancia y similares.

2.2 Propósito

El propósito de este artículo es reflexionar, desde un punto de vista profesional, sobre la prevención y organización del dispositivo de atención de emergencias de eventos de pública concurrencia, las personas y empresas afectadas y su grado de participación, todo ello, en base a lo recogido, hasta ahora, en los pronunciamientos judiciales.

Este trabajo, por tanto, pretende poner en valor aquellos aspectos que sobre todo deberemos tener en cuenta a la hora de organizar la seguridad de un evento, así como ser conscientes de los aspectos que la judicatura tiene más en consideración.

2.3 Consideraciones

Es preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- a) En la fecha del siniestro, estaba en vigor la Norma Básica de Autoprotección¹ ya que se promulgo en 2007.
- b) Las reflexiones y comentarios de este trabajo son como consecuencia de los pronunciamientos judiciales existentes hasta la fecha, de forma que en ningún caso presupone culpabilidad alguna, por lo que el propósito del mismo es únicamente reflexivo y docente.

3 ORGANIZACIONES ACTORAS EN EL EVENTO

Ayuntamiento de Madrid: propietario del edificio

Sociedad pública perteneciente al Ayuntamiento de Madrid y encargada de la gestión del recinto denominado “Madrid Arena”

Promotor del evento: sociedad promotora y organizadora del evento

Empresa de seguridad privada: empresa de seguridad privada que elaboró el plan de seguridad y provee el servicio de vigilantes de seguridad

Empresa controladora: empresa que selecciona los controladores para el control de accesos.

4 PRONUNCIAMIENTO JUDICIAL

4.1 Diligencias previas

El asunto fue visto en el Juzgado de Instrucción 51, de Madrid, que dictó auto del 29 de agosto de 2014, de diligencias previas, que fue objeto de un análisis sobre su contenido, desde un punto de vista funcional de seguridad².

Según consta en las diligencias previas del Juzgado³, al parecer el aforo autorizado era de 10.620 entradas, mientras que se vendieron aproximadamente 23.000, entrando posteriormente unas 3.000 personas más, a través de un portón previsto como salida de emergencia.

De las 8 vías de evacuación existentes, 3 eran practicables, pero 5 estaban obstruidas tanto por barras, escenario y demás artilugios relacionados con el evento. Además, el denominado “portón cota cero” (una puerta para entrada de mercancías y salida de emergencias) se abrió para que entraran más personas.

En principio, *grosso modo* se imputan indiciariamente, 8 delitos de homicidio por imprudencia grave y 10 delitos de lesiones. Además, las correspondientes responsabilidades civiles directas de las aseguradoras y subsidiarias de las empresas que de una u otra manera intervinieron o tuvieron relación con el evento.

Inicialmente el Juzgado consideró que lo sucedido fue “un proceso de integración y concurrencia de codicias, negligencias, dejación de funciones y actuaciones irracionales y temerarias que dieron como resultado el fallecimiento de 5 niñas, que pudo y debió haberse evitado y que hubo inactividad criminal por parte de todas aquellas personas que tenían que haber velado por la seguridad”.

4.2 Sentencia de la Audiencia Provincial

Con fecha 21 de septiembre de 2016, la Audiencia Provincial de Madrid dicta Sentencia sobre el asunto⁴, mediante la cual, se limitan de manera muy considerable las responsabilidades inicialmente planteadas por el órgano jurisdiccional que instruye y que *grosso modo* se resume en lo siguiente:

- Al Presidente de la promotora que organiza el evento: 5 delitos de homicidio por imprudencia grave y 14 de lesiones. Pena de 4 años de prisión e inhabilitación y pago de un porcentaje de las costas.

- Al Coordinador de Eventos de la sociedad pública encargada de la gestión del edificio: 5 delitos de homicidio por imprudencia grave y 14 de lesiones. Pena de 3 años de prisión e inhabilitación y pago de un porcentaje de las costas.
- Al Director General de la promotora que organiza el evento: 5 delitos de homicidio por imprudencia grave y 14 de lesiones. Pena de 3 años de prisión e inhabilitación y pago de un porcentaje de las costas.
- Al Jefe de personal y sala de la promotora que organiza el evento: 5 delitos de homicidio por imprudencia grave y 14 de lesiones. Pena de 2 años, 6 meses y un día de prisión e inhabilitación y pago de un porcentaje de las costas.
- Al socio principal de la sociedad que provee del servicio de controladores: 5 delitos de homicidio por imprudencia grave y 14 de lesiones. Pena de 2 años, 6 meses y un día de prisión e inhabilitación y pago de un porcentaje de las costas.
- A los dos coordinadores de seguridad de la empresa privada que proveyó el servicio de vigilantes: 5 delitos de homicidio menos grave. Pena de 12 meses de multa a razón de 10 € por día. Además, al pago proporcional de las costas.
- Al Director de seguridad de la sociedad pública encargada de la gestión del edificio: Un delito de imprudencia leve. Critica notablemente su actuación, aunque queda absuelto debido a que este delito fue despenalizado con la entrada en vigor del código penal de 2015. Además, al pago proporcional de las costas.
- Al servicio médico: lo califica como claramente negligente y errores. Absuelve porque no queda demostrada su relación de causalidad, si bien critica notablemente su actuación.

La sentencia considera que las acciones y omisiones descritas de las que se considera responsable al Presidente de la promotora del evento, exigieron la participación del Director general de la empresa promotora, de su jefe de personal y jefe de sala, del socio principal de la empresa de controladoras y del coordinador de eventos de la sociedad pública, los que por lo tanto son igualmente autores de los referidos delitos

4.3 Sentencia del Tribunal Supremo

El Tribunal Supremo (TS) se ha pronunciado a través de dos sentencias⁵. La primera, en la que se ratifican los hechos probados y se desestima el recurso, pero anula en parte, la de la Audiencia Provincial de Madrid indicando que "será sustituida por otra más conforme a Derecho". Pero dicta una segunda, que resulta muy importante para nuestro sector, ya que condena al jefe de los servicios médicos, a quien la Audiencia Provincial había absuelto.

La sentencia del TS, considera probado que el Jefe de los Servicios Medicos incurrió en un delito de "imprudencia grave con resultado de muerte", por lo que le condena por homicidio imprudente a año y medio de prisión que fue la petición del Fiscal. También inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo (ser elegido) por el tiempo de la condena y para el ejercicio de la profesión de médico por un periodo de cuatro años, más la correspondiente indemnización por responsabilidad civil en un total de 340.000 Euros.

5 HECHOS PROBADOS

A continuación, citamos los hechos probados más significativos, desde un punto de vista de la seguridad en eventos de pública concurrencia y que figuran como tal, en la sentencia de la Audiencia Provincial citado con anterioridad.

Las cifras indicadas entre paréntesis, corresponde con la página de la sentencia, en su formato de 677 páginas:

5.1 Responsabilidad del evento

La empresa pública ejerce, a través de su personal, la máxima autoridad en el montaje, celebración y desmontaje del evento (44)

5.2 Planificación del evento y medidas de seguridad

No se celebró reunión previa de preparación, lo que impidió valorar la singularidad del evento entre las organizaciones de seguridad (Policia Local, Nacional, Proteccion Civil (46)

5.3 Sobre los vigilantes

La operativa de seguridad y el plan de vigilancia de la empresa de seguridad privada preveían un total de 38 vigilantes, uno de ellos en el cuarto de control de cámaras (42). Había además dos coordinadores (42) designados por la empresa de seguridad

El vigilante encargado del control de cámaras no se encontraba en esa dependencia en el momento del incidente (48)

No se dispuso de ningún tipo de comunicación, ni coordinación, durante el evento entre los controladores de acceso y los vigilantes. (43)

5.4 Sobre el aforo

Máximo autorizado 10.620 personas (44)

Promotor del evento vendió al menos 16.492 entradas. (44)

Existió una sobreventa (44) lo que produjo un riesgo evidente para la seguridad (45), lo que fue origen del grave resultado mortal y lesivo producido con posterioridad durante el desarrollo del espectáculo (45)

Nadie comunicó un riesgo de sobreaforo (46)

5.5 Control de accesos

Existieron tres controles de entrada (46):

- 1.- Efectuado por la empresa de controladores: orden y comprobación de las personas que tenían entrada.
- 2.- Empresa de seguridad privada: vigilantes controlaban bebidas alcohólicas y objetos extraños.
- 3.- Efectuado por la empresa de controladores: visión del DNI y entrada que se pasaba por el lector

Hubo descoordinación en el acceso del público sin darse instrucciones a los controladores, ni vigilar el aforo por planta (47)

Indebido control de aforo (48)

El responsable de seguridad de la sociedad pública conocía el dispositivo de seguridad previsto y el aforo autorizado, por lo que, por su experiencia en este tipo de actos, pudo percatarse de que los asistentes superaban con mucho el referido aforo, sin que advirtiera a su compañero "Coordinador de eventos" de la empresa pública, de lo que estaba sucediendo para que adoptara las medidas pertinentes. (49)

El coordinador de eventos como responsable de la sociedad pública, pese a percibir que el público asistente era muy superior al aforo permitido, no sólo no comprobó este extremo, ni que se cumpliera la distribución del aforo por plantas que se había estipulado, sino que permitió, pudiendo evitarlo, que el evento continuara celebrándose en estas condiciones, y cooperó con en la entrada masiva de más asistentes por lugares distintos del previsto y que estaban considerados como salidas de emergencia, así como, en que el público fuera dirigido directamente a la pista ya excesivamente congestionada en ese momento.(50)

5.6 Intensidad del control de accesos

El titular de la organización del evento o promotor requirió a un vigilante de seguridad, para que dejaran de registrar al público "porque tenía que pasar todo el mundo". El vigilante lo consultó con su coordinador, el cual, entendiendo que no tenía que seguir las instrucciones del promotor, indicó a la vigilante que preguntara al coordinador de eventos de la empresa pública, quien le manifestó que hicieran la "requisita más liviana". Efectivamente así se realizó, disminuyéndose poco a poco el control al público por parte de los vigilantes hasta que posteriormente, el mismo dejó prácticamente de hacerse. (50)

Además, siguiendo indicaciones del promotor, los controladores que tenían que verificar la autenticidad de las entradas del público, no las pasaron por el lector en numerosas ocasiones, introduciéndolas directamente en las urnas o contenedores dispuestos a tal fin o, no llegando a ver, ni incluso a coger siquiera, en alguna ocasión, la entrada que el público llevaba. (51)

5.7 Vías de evacuación

Los "vomitorios" utilizados como vías de emergencia, estaban cerrados en su mayoría. De los ocho vomitorios solo están operativos tres y los otros cinco cerrados. (47)

Los "coordinadores de los vigilantes" de la empresa de seguridad, al percatarse de la entrada masiva de personas por las salidas de emergencia, no las cerraron ni comunicaron esa incidencia decidiendo mantenerlas abiertas, en contra de lo establecido en el plan de vigilancia (53)

5.8 Actuación

Falta de coordinación entre los controladores, vigilantes y el promotor. (54)

Tareas de rescate descoordinada, lenta y poco eficaz (56)

5.9 Servicio medico

El servicio médico efectuó un incorrecto diagnóstico, ni se realizó adecuada reanimación desentendiéndose de un paciente (57). No se efectuó transferencia de pacientes, ni

información sobre los datos de los mismos (58). No se elaboró posteriormente informes médicos (59).

El médico del evento afirmó que no tenían walkie ni teléfono para contactar con nadie de la organización. (247).

La sentencia, hace mención expresa (44) de la edad del médico responsable (77 años) y de un auxiliar clínico (80 años) del servicio médico, dejando entrever alguna sobra de duda sobre la misma (619) y dejando clara su inactividad (539).

5.10 Causas

El exceso de público asistente, el cierre de los vomitorios y la falta de control del flujo de los asistentes por el recinto, habían provocado una masificación en la pista (53)

Como consecuencia de todo lo anterior cuando la pista estaba absolutamente masificada por el sobreaforo provocado por la venta de entradas en número muy superior al permitido, porque se encontraban cerrados al tránsito de los asistentes cinco de los ocho vomitorios por los que el público podía salir de la pista hacia el anillo que circundaba la misma o hacia las escaleras para dirigirse a plantas superiores, y porque en dicha pista, ya absolutamente colapsada, habían entrado miles de personas en un período de tiempo aproximado de unos 28 minutos, muchos de los jóvenes que se encontraban en ella, y que sintieron una sensación tremenda de agobio y de falta de control sobre sus propios movimientos, intentaron salir por el vomitorio central uno de los tres únicos que estaban abiertos en ese momento. (54)

6 ACTUACION Y RESPONSABILIDAD DE LOS ACTORES (PERSONAS FISICAS Y JURIDICAS) (39)⁶

6.1 AYUNTAMIENTO DE MADRID

Propietario del edificio.

6.2 EMPRESA PUBLICA GESTORA DEL ESTABLECIMIENTO:

La sociedad no actuaba exclusivamente como arrendadora de los inmuebles en los que se celebraban los eventos, sino que participaba de una manera muy importante en la organización, dirección, producción y administración de tales eventos. (90)

Tenía que controlar, con anterioridad a la contratación con el promotor del evento, los aspectos relevantes de la organización del mismo, fijando el aforo, estableciendo un dispositivo de seguridad ajustado y remitiendo a los organismos correspondientes (Protección Civil, Delegación de Gobierno, Policía Nacional y Municipal) los datos del evento una vez firmado el contrato (72)

Además la dirección en los eventos no terminaba con la contratación de los mismos sino que, tal como resulta probado, la entidad tenía, a través de sus empleados, participación y presencia directa en el montaje, desarrollo y desmontaje de los eventos, con control y supervisión de todo ello. (91). Aprobó el dispositivo de seguridad de la empresa de seguridad privada (43)

Director de seguridad de la empresa pública y Subdirector del Departamento de Seguridad (39) desde 2007 y dependía del Director General. Está habilitado como director de seguridad, esto es tiene tal título, desde 2010 (93). mantiene que a él no le

correspondía en ese momento la "coordinación de los distintos servicios de seguridad que de ellos dependan con actuaciones propias de autoprotección y evacuación de las instalaciones gestionadas por ella, ni la "creación de procedimientos: organizativos, preventivos, de protección, de emergencia y de protección contra incendios", ni el "control y gestión de los planes de autoprotección" ni "emergencia y evacuación (interna y actos)", ni "En general, velar por la observancia de la regulación de seguridad aplicable al ámbito de las instalaciones". (94). Realizó las gestiones con la empresa de seguridad privada para la elaboración por esta empresa de la propuesta de operativa de seguridad y el plan de vigilancia específicos para el evento en atención a los datos facilitados por Promotor del evento respecto a las características y necesidades derivadas del mismo (41). Se le reconoce imprudencia leve, pero queda absuelto al aplicársele el nuevo código penal de 2015.

Coordinador de eventos del Departamento de Operaciones (40) y coordinador de operaciones (86) máxima autoridad en el evento (50). Intervino activamente en la preparación del evento (41). Realizó las gestiones con la empresa de seguridad privada para la elaboración por esta empresa de la propuesta de operativa de seguridad y el plan de vigilancia específicos para el evento en atención a los datos facilitados por Promotor del evento respecto a las características y necesidades derivadas del mismo (41).
CONDENADO

Técnico de Operaciones (40). Dependía del coordinador de operaciones. ABSUELTO

6.3 PROMOTOR DEL EVENTO

Organización con gran experiencia en organización de eventos

Presidente y administrador la empresa organizadora del evento: Consciente de la sobreventa (44). Admitió el dispositivo de seguridad realizado por la empresa de seguridad privada (48) CONDENADO

Director General de la promotora del evento. Consciente de la sobreventa (40).
CONDENADO

Jefe de Personal y maître de Promotor del evento: Consciente de la sobreventa (40).
CONDENADO

6.4 EMPRESA DE SEGURIDAD PRIVADA

Tenía adjudicado el servicio para la protección y seguridad del recinto y elaboró la operativa de seguridad: (42) que fue aprobado por el promotor (43) que contenía la relación de vigilantes y el plan de vigilancia.

Los dos **Coordinadores del operativo.** CONDENADO

Controlador de cámaras. ABSUELTO

6.5 EMPRESA CONTROLADORA: controladores

Seleccionaba al personal, pero lo contrataba Promotor del evento (43)

Carlos Manzanares: socio principal de la empresa (90%). CONDENADO

6.6 SERVICIO MEDICO (44)

Médico responsable (Medico de 77 Años) y otros, entre ellos un auxiliar de clínica de 80 años. (únicos de los que la sentencia menciona la edad). Absuelto en una primera

instancia por la Audiencia Provincial, que es modificada en segunda por el Tribunal Supremo⁷ y condena al jefe de los servicios médicos, por un delito de “imprudencia grave con resultado de muerte” por lo que le condena por homicidio imprudente a año y medio de prisión que fue la petición del Fiscal. También inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo (ser elegido) por el tiempo de la condena y para el ejercicio de la profesión de médico por un periodo de cuatro años, más la correspondiente indemnización por responsabilidad civil en total por 340.000 Euros

Ambulancias de “Asistencia Sanitaria Privada”. 2 unidades

7 DISFUNCIONES ORGANIZATIVAS

7.1 Sobreventa:

Fue el origen del grave resultado mortal y lesivo producido con posterioridad durante el desarrollo del espectáculo (45).

El promotor comunicó al Coordinador de eventos de la sociedad pública, en los días previos a la celebración del evento que el número de asistentes previsto estaría entre las 4000 y las 6000 personas, lo que así transmitió el coordinador de eventos al Departamento de Seguridad de la empresa pública. Como consecuencia de ello, en las comunicaciones firmadas por Director de seguridad de la empresa pública que este departamento remitió a los distintos organismos en relación con el evento, entre ellos a la Policía Municipal, se hizo constar que el número de asistentes previstos era de 7000 personas, ya que se incrementó ligeramente el que manifestaba el promotor ante la posibilidad de que en los días anteriores al evento se produjera una mayor venta de entradas. (45)

7.2 Reunión previa de planificación

No se celebró reunión previa de valoración y coordinación con intervinientes, como se hizo en otras ocasiones, propuesta por el Departamento de Seguridad de la empresa pública (45)

7.3 Análisis de riesgo previo

En la Orden de servicio Orden de Servicio 4036/12 de la Policía Local, no consta riesgo específico de sobreaforo ni que iba a actuar un artista puntero en el momento (46)

7.4 Coordinación en el evento

No se dispuso ningún tipo de coordinación, ni comunicación durante el evento, entre los controladores de acceso contratados por Promotor del evento, a través de la empresa de controladores y los vigilantes de seguridad (43)

7.5 Accesos interiores

Así se impidió el paso por diversas escaleras de cota 11 a cota 5 y de esta planta a cota 0 con vallas, cintas, o con personal que se colocaba en las mismas a tal fin, y, en otras, dicho personal intentaba dirigir, de manera descoordinada e ineficaz, el acceso del público a las diferentes plantas, sin que el Director General de la promotora del evento, ni su jefe de personal y sala ni el de la empresa de controladores dieran instrucciones a los controladores para que realizaran correctamente sus funciones dentro del recinto ni

para que vigilaran que el número de personas en cada planta no fuera superior al máximo permitido. (47).

7.6 Controladores

Ha quedado demostrado que los controladores no estaban preparados (598)

7.7 Vomitorios (salida de emergencia)

Una gran parte de los denominados "vomitorios" o pasillos que en la planta inferior, cota 0, comunican la pista en la que se desarrollaba el espectáculo con el anillo que rodea dicha planta para la circulación del público asistente y que son vías de evacuación desde la pista, se cerraron durante todo el evento o en una mayor parte del tiempo coincidiendo con los períodos de mayor afluencia de público en la pista. (47)

En consecuencia, de los ocho vomitorios que existen alrededor de la pista, y que son vías de evacuación de ésta, sólo estuvieron abiertos, al menos hasta después de suceder los hechos y en los momentos de mayor afluencia de público en la pista, tres de los mismos, permaneciendo cerrados los otros cinco (48)

Del cierre de los vomitorios, y de la gran cantidad de asistentes al pabellón, así como de los problemas que se estaban produciendo como consecuencia del indebido control del aforo por plantas se percataron los coordinadores de la empresa de vigilantes, quienes en numerosas ocasiones recorrieron el pabellón, no dando aviso ni a su inspector ni a ninguna persona responsable de la empresa pública o de Promotor del evento de lo que estaba sucediendo a fin de que tales situaciones se corrigieran. (48)

El vigilante de cámaras abandono su puesto con el consentimiento de los coordinadores de vigilantes (48)

7.8 Acceso libre:

El titular de la organización del evento o promotor requirió a un vigilante de seguridad, para que dejaran de registrar al público "porque tenía que pasar todo el mundo". El vigilante lo consultó con su coordinador, el cual, entendiéndolo que no tenía que seguir las instrucciones del promotor, indicó a la vigilante que preguntara al coordinador de eventos de la empresa pública, quien le manifestó que hicieran la "requisita más liviana". Efectivamente así se realizó, disminuyéndose poco a poco el control al público por parte de los vigilantes hasta que posteriormente, el mismo dejó prácticamente de hacerse. (50)

Lo anterior se realizó sin tener en cuenta no sólo que el portón de cota 0 y las puertas de Muelle Mónico eran salidas de emergencia y que por lo tanto no se podía entrar por esos lugares, sino también que, como consecuencia del exceso de público, del cierre de los vomitorios y del escaso y defectuoso control de acceso del público a las diferentes plantas a través de las escaleras, la pista se encontraba saturada así como que la entrada de los asistentes por el portón de cota 0 directamente a la misma provocaba una situación imposible ante la aglomeración de personas en la pista y la dificultad de salir por los escasos accesos por los que ello era permitido lo que se agravó con la entrada de público por las puertas de cristal del Muelle Mónico. (52)

Sin embargo, y pese a tratarse de unas puertas de emergencia que tenían que estar expeditas para la salida de personas, y comprobar que estaba entrando por ellas numeroso público, los coordinadores de los vigilantes de seguridad no lo pusieron en

conocimiento de la empresa pública o preguntaron al mismo la razón por la que se habían abierto dichas puertas, ni intentaron cerrarlas pese a que podían haberlo hecho adoptando por sí mismos, sin consultar con nadie y en contra de lo dispuesto en el plan de vigilancia, la decisión de mantener abiertas dichas puertas para la entrada de personas, colocando al vigilante en otra puerta diferente a la prevista en el plan de vigilancia y que da a unas escaleras de cota 5, indicándole que el público no bajara por las mismas a cota 0 puesto que conducían a la zona del cuarto de control de cámaras y de mantenimiento. (53)

Como consecuencia de lo anterior. las tareas de rescate de las víctimas que quedaron atrapadas en el vomitorio se realizaron de manera absolutamente descoordinada, lenta y poco eficaz (56)

7.9 Actuación medica

Conducta claramente negligente y diagnóstico erróneo. (619)

No considera probado que, salvo por la edad del propio médico responsable y del auxiliar de clínica, el servicio médico dispuesto en el evento no contara con material adecuado para atender a los perjudicados, al menos hasta la llegada del Samur ni que ello haya influido en el resultado producido (619).

A la llegada a la enfermería, lejos de actuar con rapidez y hacer todo lo que estaba a su alcance, el médico responsable y el otro, no realizaron un correcto diagnóstico de que, al menos, en dos víctimas, se encontraban en situación de parada cardiorrespiratoria, ni le practicaron a las tres jóvenes una adecuada reanimación cardiopulmonar para intentar que se recuperaran. (57)

En primer lugar el médico responsable y su ayudante se desentendieron totalmente de una víctima, no reconociéndola para efectuar un diagnóstico y no prestándole ningún tipo de asistencia médica, siendo la misma atendida por un técnico de ambulancia ayudado por vigilantes de seguridad quienes le practicaron correctas maniobras de recuperación cardiopulmonar básica, con masaje cardíaco continuado hasta la llegada del Samur, sin que el paciente se recuperara de la situación de asistolia en la que estuvo en todo momento, no resultando acreditado si cuando la misma llegó a la enfermería estaba en parada cardiorrespiratoria o había ya fallecido. (57)

Se observa una mala praxis en la asistencia, recibiendo la misma con posterioridad, solamente ventilación con un ambú por entender el médico responsable que había fallecido, erróneamente, puesto que, cuando llegó el Samur, La víctima se encontraba en fibrilación ventricular, no pudiendo ser recuperada pese a que los facultativos del Samur, le practicaron una reanimación cardiorrespiratoria avanzada. (58)

A otra víctima la atendió exclusivamente el medico ayudante aplicándole el desfibrilador y dándole, en un principio, ventilación con un ambú, cesando en cualquier tipo de asistencia antes de la llegada del Samur por entender erróneamente que había fallecido, cuando al serle practicada por los facultativos del Samur una reanimación cardiopulmonar avanzada, la victima consiguió salir de la asistolia recuperando incluso una respiración sinusal en dos ocasiones siendo trasladada al Hospital Clínico al activarse el protocolo de donación en asistolia, y declarada fallecida a su llegada al hospital. (58)

Ninguno de los dos médicos hicieron transferencia a los facultativos del Samur de las tres pacientes dándoles los datos de sus estados y asistencia prestada, y el médico responsable no colaboró con el primer equipo del citado servicio de emergencia en el

cuidado de las pacientes hasta la llegada de más técnicos. Ninguno de los dos doctores elaboró posteriormente informe médico de su intervención. (58-59)

Tres víctimas fallecieron como consecuencia de las gravísimas lesiones padecidas en el aplastamiento sufrido en el vomitorio, sin que ninguno de los dos Medicos les prestaran la asistencia médica que precisaban durante el tiempo que permanecieron en el botiquín que gestionaban antes de que llegara al mismo el Samur aumentando así la posibilidad de que no pudieran recuperarse de las lesiones sufridas, no resultando acreditado, sin embargo, que en el supuesto de que les hubieran prestado una asistencia correcta las fallecidas hubieran podido salvar su vida. (59)

7.10 Proteccion contra incendios

Deficiencias en materia de protección contra incendios (76)

7.11 Plan de autoprotección

Plan de autoprotección de 2005 que era el que estaba en vigor en la fecha en que se produjeron los hechos. (80) (La norma básica de autoprotección entro en vigor en 2007)

7.12 Salidas de emergencia

Pero es que además como dichas puertas del Muelle Mónico sitas en cota 5 eran salidas de emergencia, en las mismas estaba ubicado un vigilante de la empresa de seguridad privada la cual, lógicamente se hubiera dado cuenta si las puertas que tenía que vigilar para que estuvieran libres por si había alguna emergencia tuvieran una cadena impidiendo su apertura.(457)

7.13 Incidencia de las deficiencias previas

Tampoco tienen incidencia alguna en el resultado objeto de enjuiciamiento las deficiencias advertidas por los técnicos del Ayuntamiento y expuestas por el perito en materia de seguridad para incendios o la adecuación o no del edificio al Código Técnico de la Construcción de 2006, posterior a la construcción del edificio, porque, tal como se ha expuesto en el relato fáctico de esta sentencia, los hechos no se produjeron como consecuencia de ningún incendio ni de un problema de evacuación, la cual no se efectuó ni aún después de producirse los mismos. Estas mismas supuestas deficiencias existían con anterioridad y parece que han subsistido con posterioridad, habiéndose desarrollado en el Madrid Arena muchos otros espectáculos, ferias y eventos sin problema alguno. (81)

7.14 Elaboración de documentos

Director de seguridad de la empresa pública, respecto al plan estratégico 2012-2017 niega, con rotundidad y enfado conocer ese documento, afirmando que es completamente distinto del que a él se le exhibió en mayo manteniendo que ha sido confeccionado con posterioridad para aportarlo al procedimiento. (94).

8 IMPUTACIONES Y PENALIDAD

AUTOR	FUNCION	IMPUTACION	CONDENA Y PENA
PRESIDENTE DE LA PROMOTORA DEL EVENTO	Presidente y administrador de la sociedad promotora del evento.	Consciente de la sobreventa (44, 385) Principal responsable de lo sucedido y actuó intentando conseguir un máximo beneficio (586, 587) Clara intención de vender más entradas que el aforo permitido (587) Conducta gravemente imprudente, impropia de un empresario experimentado en este tipo de negocios y que primó, evidentemente, la protección de sus intereses económicos por encima de la seguridad de quienes acudían al evento.(590)	5 homicidio IG 14 lesiones IG 4 años prisión Inhabilitación 1/15 costas
COORDINADOR DE EVENTOS DE LA EMPRESA PUBLICA	Coordinador de eventos. Máxima autoridad en el evento (50)	Pese a percibir que el público asistente era muy superior al aforo permitido <u>no sólo no comprobó este extremo</u> ni que se cumpliera la distribución del aforo por plantas que se había estipulado, sino que <u>permitió, pudiendo evitarlo</u> , que el evento continuara celebrándose en estas condiciones, y <u>cooperó</u> en la entrada masiva de más asistentes por lugares distintos del previsto y que estaban considerados como salidas de emergencia así como en que el público fuera dirigido directamente a la pista ya excesivamente congestionada en ese momento (50) Dio la orden de que se abriera el portón de cota 0 (446) (457)	5 homicidio IG 14 lesiones IG 3 años prisión Inhabilitación 1/15 costas

AUTOR	FUNCION	IMPUTACION	CONDENA Y PENA
DIRECTOR GENERAL DE LA PROMOTORA DEL EVENTO	Supervisó y participó en el montaje (388)	Consciente de la sobreventa (44) Asegurando que lo que sí controla es que no se obstaculice ningún paso (388) Requirió que se abriera el portón de cota 0 (446) (457) No es cierto que retirara cadena alguna de esas puertas por seguridad, sino que se procedió a su apertura para que por las mismas accediera el público. (455) Como "mano derecha" del Presidente de la empresa promotora del evento, no sólo participó en la preparación del evento con el mismo, y conoció y advirtió durante su desarrollo el sobreforo producido por la excesiva venta de entradas, sino que además ejecutó personal y directamente las actuaciones expresadas, gravemente imprudentes, y que provocaron el resultado, siendo por lo tanto igualmente autor de los delitos expresados. (591)	5 homicidio IG 14 lesiones IG 3 años prisión Inhabilitación 1/15 costas
JEFE DE PERSONAL Y SALA DE LA PROMOTORA DEL EVENTO	Jefe de Personal y maître de Jefe de sala y hostelería (113) Superviso y participo en el montaje (388)	Consciente de la sobreventa (44) No es cierto que retirara cadena alguna de esas puertas por seguridad, sino que se procedió a su apertura para que por las mismas accediera el público. (455, 456) Es colaborador directo del Presidente de la promotora del evento en la realización de este tipo de eventos, tiene gran experiencia en el desarrollo de los mismos, <u>e incumplió las obligaciones que a la empresa promotora le correspondían, contribuyendo como los anteriores con su conducta, gravemente imprudente, al resultado producido,</u> siendo por ello, también autor de los delitos expresados. (592)	5 homicidio IG 14 lesiones IG 2a 6m 1d prisión Inhabilitación 1/15 costas

AUTOR	FUNCION	IMPUTACION	CONDENA Y PENA
SOCIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA DE CONTROLADORES	Socio (90%) Selección del personal (118) Disponía de credencial como servicio de orden (120)	Con anterioridad al evento, fijaron las funciones y dispusieron la ubicación de estos controladores de acceso en las diferentes plantas y lugares del edificio durante la celebración del mismo, controlando durante el desarrollo del evento que esto se cumpliera conforme habían planificado, (143) Acción descoordinada e ineficaz (47, 143) Falta de coordinación a los controladores (55) La sala no considera verosímil la versión (126)	5 homicidio IG 14 lesiones IG 2 años, 6 meses, 1 día de prisión Inhabilitación 1/15 costas

<p>LOS COORDINADORES DE VIGILANTES</p>	<p>DOS DE</p> <p>Miembro de la empresa de seguridad privada y coordinador de vigilantes (42, 112)</p> <p>Encargado de controlar a los vigilantes ubicados en las puertas de emergencia y por lo tanto de que éstas se encuentren libres de circulación tal como se prevé en el plan de vigilancia (455)</p> <p>Control de los distintos puestos de vigilancia y de que los vigilantes asignados a los mismos cumplieran con las funciones que tenían encomendadas o informar de las incidencias al responsable del evento. (42)</p>	<p>Del cierre de los vomitorios, y de la gran cantidad de asistentes al pabellón, así como de los problemas que se estaban produciendo como consecuencia del indebido control del aforo por plantas y habiendo en numerosas ocasiones recorrieron el pabellón, <u>no dando aviso</u> ni a su inspector ni a ninguna persona responsable de la empresa pública o de la promotora del evento de lo que estaba sucediendo a fin de que tales situaciones se corrigieran. (48)</p> <p>Sin embargo, y pese a tratarse de unas puertas de emergencia que tenían que estar expeditas para la salida de personas, y comprobar que estaba entrando por ellas numeroso público, no lo pusieron en conocimiento del coordinador del evento o preguntaron al mismo la razón por la que se habían abierto dichas puertas, ni intentaron cerrarlas pese a que podían haberlo hecho, <u>adoptando por sí mismos, sin consultar con nadie y en contra de lo dispuesto en el plan de vigilancia, la decisión de mantener abiertas dichas puertas para la entrada de personas, colocando al vigilante en otra puerta diferente a la prevista en el plan de vigilancia</u>. (53)</p> <p>Tuvo conocimiento de que se habían abierto las puertas de Muelle Mónico y ni las cerraron, pese a que parece que, podían haberlo hecho, ni consultaron la razón de su apertura, ni realizaron ningún tipo de actuación al respecto. (455)</p> <p>Si bien no pueden parar un evento, sino tan sólo poner en conocimiento de la sociedad pública si advierten una situación de riesgo como un sobreaforo o un defectuoso control del acceso con el cierre de escaleras o vomitorios pero <u>reconoce que no lo hicieron</u> y además <u>permitió una situación como es la entrada de público</u> por una puerta de emergencia, cuya custodia tenían encomendada sin ponerlo, tampoco, en conocimiento de nadie, ni del coordinador de eventos como responsable de la empresa pública y a quien su advertencia podía haber inquietado respecto a lo que estaba sucediendo y a su propia actuación, ni de su Inspector, con quien podían comunicarse telefónicamente, y a quien debieron de advertir de la grave situación que se estaba produciendo, ni de Director de seguridad de la empresa pública,</p>	<p>5 homicidio Imprudencia menos graves</p> <p>12 meses de multa (10€ día)</p> <p>1/15 costas</p>
---	--	---	---

AUTOR	FUNCION	IMPUTACION	CONDENA Y PENA
		<p>cuya condición de responsable de seguridad de la empresa pública, conocían y que sabían que estaba presente en los exteriores del pabellón ni, por supuesto de los efectivos policiales, tanto policía municipal como nacional que estaba igualmente en los exteriores del Madrid Arena, contribuyendo con su omisión a que se produjera el resultado mortal de las cinco víctimas. (604)</p>	
<p>DIRECTOR DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA PUBLICA</p>	<p>Subdirector del Departamento y director de Seguridad (263)</p>	<p>Dice que se encontraba casualmente en el evento (441)</p> <p>Su conducta durante el desarrollo de los hechos sería, en el momento en que se produjeron, constitutiva de faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve, previstas y penadas en el art. 621.2 y 3 del C.P., actualmente despenalizadas. (607)</p> <p>Se reconoce que no tenía que estar en el evento ni asumió representación de la empresa pública (607)</p> <p>Aun así no alerta del sobreaforo ante comentario de una policía local (607)</p> <p>Conducta absolutamente omisiva (608)</p> <p>Conducta imprudente (608)</p>	<p>Imprudencia leve</p> <p>ABSUELTO por despenalización en CP 2015</p> <p>1/15 costas</p>

<p>JEFE DE LOS SERVICIOS MEDICOS</p>		<p><u>Conducta claramente negligente y diagnóstico erróneo. (619)</u></p> <p>No considera probado que, salvo por la edad del propio médico responsable y del auxiliar de clínica, el servicio médico dispuesto en el evento no contara con material adecuado para atender a los perjudicados, al menos hasta la llegada del Samur ni que ello haya influido en el resultado producido (619).</p> <p>A la llegada a la enfermería, lejos de actuar con rapidez y hacer todo lo que estaba a su alcance, el médico responsable y el otro, no realizaron un correcto diagnóstico de que, al menos, en dos víctimas, se encontraban en situación de parada cardiorrespiratoria, ni le practicaron a las tres jóvenes una adecuada reanimación cardiopulmonar para intentar que se recuperaran. (57)</p> <p>En primer lugar el médico responsable y su ayudante se desentendieron totalmente de una víctima, no reconociéndola para efectuar un diagnóstico y no prestándole ningún tipo de asistencia médica, siendo la misma atendida por un técnico de ambulancia ayudado por vigilantes de seguridad quienes le practicaron correctas maniobras de recuperación cardiopulmonar básica, con masaje cardíaco continuado hasta la llegada del Samur, sin que el paciente se recuperara de la situación de asistolia en la que estuvo en todo momento, no resultando acreditado si cuando la misma llegó a la enfermería estaba en parada cardiorrespiratoria o había ya fallecido. (57)</p> <p>Se observa una mala praxis en la asistencia, recibiendo la misma con posterioridad, solamente ventilación con un ambú por entender el médico responsable que había fallecido, erróneamente, puesto que, cuando llegó el Samur, La víctima se encontraba en fibrilación ventricular, no pudiendo ser recuperada pese a que los facultativos del Samur, le practicaron una reanimación cardiorrespiratoria avanzada. (58)</p> <p>A otra víctima la atendió exclusivamente el medico ayudante aplicándole el desfibrilador y dándole, en un principio, ventilación con un ambú, cesando en cualquier tipo de asistencia antes de la llegada del Samur por entender</p>	<p>Absuelto en una primera instancia por la Audiencia Provincial, que es modificada en segunda por el Tribunal Supremo⁸ y condena al jefe de los servicios médicos, por un delito de “imprudencia grave con resultado de muerte” por lo que le condena por homicidio imprudente a año y medio de prisión que fue la petición del Fiscal. También inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo (ser elegido) por el tiempo de la condena y para el ejercicio de la profesión de médico por un periodo de cuatro años, más la</p>
---	--	--	--

AUTOR	FUNCION	IMPUTACION	CONDENA Y PENA
		<p>erróneamente que había fallecido, cuando al serle practicada por los facultativos del Samur una reanimación cardiopulmonar avanzada, la victima consiguió salir de la asistolia recuperando incluso una respiración sinusal en dos ocasiones siendo trasladada al Hospital Clínico al activarse el protocolo de donación en asistolia, y declarada fallecida a su llegada al hospital. (58)</p> <p>Ninguno de los dos médicos hicieron transferencia a los facultativos del Samur de las tres pacientes dándoles los datos de sus estados y asistencia prestada, y el médico responsable no colaboró con el primer equipo del citado servicio de emergencia en el cuidado de las pacientes hasta la llegada de más técnicos. Ninguno de los dos doctores elaboró posteriormente informe médico de su intervención. (58-59)</p> <p>Tres víctimas fallecieron como consecuencia de las gravísimas lesiones padecidas en el aplastamiento sufrido en el vomitorio, sin que ninguno de los dos Medicos les prestaran la asistencia médica que precisaban durante el tiempo que permanecieron en el botiquín que gestionaban antes de que llegara al mismo el Samur aumentando así la posibilidad de que no pudieran recuperarse de las lesiones sufridas, no resultando acreditado, sin embargo, que en el supuesto de que les hubieran prestado una asistencia correcta las fallecidas hubieran podido salvar su vida. (59)</p>	<p>correspondiente indemnización por responsabilidad civil en total por 340.000 Euros</p> <p>civil en total por 340.000 Euros</p>

Entre paréntesis () la página de la sentencia.

LEYENDA: IMG: imprudencia menos grave. IG: Imprudencia grave. CP: código penal

9 SINGULARIDADES A DESTACAR

9.1 Sobre el Director de seguridad de la empresa pública

Declara "estar de paso" por el evento (607-609)

Su conducta durante el desarrollo de los hechos sería, en el momento en que se produjeron, constitutiva de faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve, previstas y penadas en el art. 621.2 y 3 del C.P. pero que actualmente están despenalizadas. (607)

Para la anterior consideración se parte de que no tenía obligación de estar en el evento, en el cual ni ejercía función alguna, ni dio ningún tipo de orden ni instrucción, ni asumió la representación de la empresa pública durante el desarrollo del espectáculo.

Sin embargo, era Subdirector del Departamento de Seguridad de la empresa pública desde 2007, ejercía como responsable de dicho departamento entre otras cuestiones para las operativas específicas para los eventos y en relación con el celebrado la noche de los hechos conocía el proyecto, el aforo autorizado y había participado en la elaboración del dispositivo de seguridad de acuerdo con ambos. Pese a ello estuvo en el exterior del pabellón desde antes de que comenzara el evento hasta, al menos, las 3 de la mañana, y tuvo que ver y advertir el número de asistentes que entraba al mismo, la forma como lo hacían, las colas que se habían formado y sacar la conclusión, inevitablemente, que el aforo se había sobrepasado. Sobre ello, alrededor de las 2'30 horas le preguntó la policía municipal Cándida Jiménez a la que, sin embargo, tranquilizó diciéndole que no se preocupara, que el aforo no se había completado ni de lejos, sin que parezca que él efectuara comprobación alguna al respecto.

Es, además de un experto en seguridad, un hombre muy experimentado en este tipo de eventos conoce perfectamente la normativa relativa al aforo de los espectáculos y las medidas que se pueden adoptar para impedir el sobreaforo, **adoptando pese a todo lo expuesto una conducta absolutamente omisiva** sin que no sólo no realizara ningún tipo de actuación por sí mismo, sino que **tampoco comunicara** con su compañero Del Amo lo que estaba apreciando para que, como responsable, corrigiera la situación. Por todo ello se considera que *incurrió en una conducta imprudente*, aunque de carácter leve dado que su responsabilidad no se deriva de su obligación de actuación en este evento en concreto sino de su condición de responsable de Seguridad en la empresa pública, de lo que apreció dado que se encontraba en el lugar, y del conocimiento que por su participación en la preparación del evento tenía del aforo autorizado.

Por todo lo expuesto, entendiendo que su conducta sería constitutiva de faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve previstas y penadas en el art. 621.2 y 3 del C.P., conforme a la redacción del C.P. vigente en la fecha en que se produjeron los hechos, y que en la actualidad dichas faltas han sido despenalizadas, procede, de conformidad con la interpretación efectuada por la Sala 2ª del TS en sentencias como la 108/2015, de 11 de noviembre, 13/2016 de 25 de enero y la 644/2016 de 14 de julio de 2016 respecto a la operatividad en estos supuestos del apartado 2 de la Disposición Transitoria cuarta, su **absolución**, al suprimirse en estos supuestos la posibilidad de condena penal, quedando reducido el objeto del proceso al resarcimiento civil del perjudicado, **por lo que el referido acusado deberá responder civilmente de los**

perjuicios causados por el fallecimiento de las víctimas y por las lesiones causadas al resto de los perjudicados.

9.2 Servicio médico (619 y ss.)

Respecto de la acusación formulada contra el médico responsable y su hijo y ayudante, la Sala **no considera probado** que, salvo por la edad del propio médico responsable (78 años) y del auxiliar clínico (80 años), el servicio médico dispuesto en el evento no contara con material adecuado para atender a los perjudicados, al menos hasta la llegada del Samur ni que ello haya influido en el resultado producido.

Sin embargo sí se estima acreditado que la actuación de los dos doctores, en relación con las tres víctimas que fueron trasladadas al botiquín para ser asistida **fue claramente negligente** en cuanto que no realizaron diagnóstico alguno de una paciente, a la que parece que ni siquiera se acercaron, y el que efectuaron de otra **fue erróneo**, entendiéndolo equivocadamente que se encontraban fallecidas, siendo esta la razón por la que comenzaron una recuperación, aplicándoles el desfibrilador casi por la insistencia del técnico de emergencias que fue a buscarlo a la ambulancia, practicando algún intento de masaje y ventilación y poco más, abandonando al poco tiempo, y antes de la llegada del Samur, la reanimación de ambas jóvenes, reiterándose al respecto todo lo expuesto en la valoración de la prueba practicada.

Es evidente que, como mantiene el Ministerio Fiscal, la obligación del personal médico en relación con el paciente no es de resultado sino de proporcionar todos los cuidados y tratamiento que sean precisos conforme a la *lex artis*⁹, pero pese a lo que se afirma en el informe del Ministerio Público, la acusación no se formula por la omisión del tratamiento adecuado, que la hubo, sin ninguna duda para la Sala, sino por delitos de homicidio por imprudencia profesional del art. 142.1 y 3 del C.P., y no por ninguna otra infracción penal, ni siquiera de manera subsidiaria. En consecuencia, se trata de delitos de resultado a los que les es aplicable la Jurisprudencia expuesta, de forma que se estima necesario no sólo que resulte acreditada la conducta negligente de los acusados sino también el nexo de causalidad entre la misma y el mortal resultado producido, esto es, que la asistencia sanitaria que los doctores hubieran debido de prestar a las tres jóvenes y no prestaron, habría evitado, con una probabilidad rayana en la certeza, el fallecimiento de las mismas.

En relación con esta cuestión una parte de la doctrina como Roxin mantiene como suficiente para la imputación objetiva del resultado lo que se denomina "teoría del incremento del riesgo" conforme a la cual cabría imputar objetivamente el resultado una vez que se constata que el autor generó el riesgo desaprobado, aunque no sea seguro que la conducta ajustada a Derecho hubiera evitado el resultado. Sin embargo, otros autores concluyen que esta interpretación convierte el delito de resultado en una infracción de peligro e infringe el principio "in dubio pro reo"¹⁰ que exigiría el que exista prueba, al menos con la probabilidad fijada por la Jurisprudencia, rayana en la certeza, de que el resultado es concreción de la conducta omisiva y que sin la misma tal resultado no se habría producido.

Es cierto que lo anterior implica una evidente dificultad probatoria pero también que esta es la interpretación seguida por la Jurisprudencia y la que, en consecuencia debe aplicar este Tribunal al presente supuesto, debiéndose señalar que en el caso de que

hubiera resultado acreditado que si los doctores hubieran actuado correctamente podría haberse evitado el fallecimiento de las víctimas, la calificación de la conducta del resto de los acusados que se consideran culpables no podría ser, en relación con estas tres fallecidas, de delito de homicidio por imprudencia ya que el resultado mortal no podría imputárseles a los mismos, lo que, sin embargo, no se entiende acreditado como se ha detallado en la valoración de la prueba practicada respecto a la asistencia médica a las víctimas, procediendo por todo lo expuesto, y, en consecuencia, la absolución de los médicos.

Absuelto en una primera instancia por la Audiencia Provincial, es modificada en segunda por el Tribunal Supremo¹¹ y condena al jefe de los servicios médicos, por un delito de "imprudencia grave con resultado de muerte" por lo que le condena por homicidio imprudente a año y medio de prisión que fue la petición del Fiscal. También inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo (ser elegido) por el tiempo de la condena y para el ejercicio de la profesión de médico por un periodo de cuatro años, más la correspondiente indemnización por responsabilidad civil en total por 340.000 Euros.

10 CONCLUSIONES

Podemos destacar las siguientes conclusiones ejecutivas:

- a) La figura del director de seguridad cada vez es más relevante.
- b) Los servicios médicos y sus responsables tienen una singular participación en este tipo de eventos habiendo sido condenado el jefe de los servicios médicos por homicidio imprudente.
- c) En este incidente se ha puesto de manifiesto la necesidad de:
 - Identificar claramente las funciones de cada empresa.
 - Identificar claramente las funciones de cada puesto de responsabilidad.
 - La importancia de la visualización y control de las cámaras.
 - El respeto por el aforo.
 - La coordinación entre el responsable de operaciones y de seguridad y emergencias es crucial.
- d) Ante un incidente con víctimas y resultado de muerte y con gran impacto social, ninguno de los actores que intervienen en la organización del evento está libre de toda sospecha.
- e) Las personas con mando directo o responsabilidad sobre otras personas, tienen una responsabilidad profesional crítica.
- f) Es imprescindible disponer de un centro de control UNICO, donde recibir toda la información del evento, donde se ubiquen personas con capacidad de decisión y en base a ella, tomar las decisiones adecuadas.

Por último, destacar que este tipo de actuaciones judiciales -que como se ha dicho con anterioridad, no supone presunción alguna de culpabilidad, en tanto haya, que no la hay, sentencia firme-, debe servirnos para reflexionar, dar carácter y entidad a este tipo

de eventos y sobre todo, dar la importancia que tienen los planes de autoprotección, su contenido y responsabilidades, porque "cuando todo va bien no pasa nada", pero cuando las circunstancias "reman en contra", afloran las incompetencias, descoordinaciones y disfunciones que a veces resultan fatale .

11 BIBLIOGRAFIA

ANITUA, P., *Manual de protección civil, Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza*, Vitoria-Gasteiz, 2006.

BALLBE, M., *Seguridad integral. Un nuevo concepto*, Instituto Superior de Estudios de Seguridad, Barcelona, 2003.

BALLBE, M., MARTINEZ, R., *Soberanía dual y constitución integradora: la reciente doctrina federal de la Corte Suprema norteamericana*, Ariel Derecho, Barcelona, 2003.

ISTURITZ, J.J. "Responsabilidades en eventos de pública concurrencia", en *Cuadernos de seguridad*. Enero 2016, pag 84 y ss.

IZU, M., "De la Protección Civil a la gestión de emergencias: la evolución del marco normativo", en: *Revista Aragonesa de Administración Pública*, nº 35, Zaragoza, 2009.

OCHOA, J., "El modelo público de seguridad civil o protección civil español", en: *Revista jurídica del Perú*, nº 53, Trujillo (Perú), 2003.

¹ Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

² Ver ISTURITZ, J.J. "Responsabilidades en eventos de pública concurrencia", en *Cuadernos de seguridad*. Enero 2016, pag 84 y ss. Disponible en Universidad Autónoma de Barcelona: https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2016/145854/Responsabilidades_en_eventos_de_publica_concurrencia-Cuadernos_de_seguridad_En_16.pdf

³ Principalmente Auto de fecha 29 de agosto de 2014, diligencias previas procedimiento abreviado 7279/2012. Número identificador único 28079 2 0464332 /2012. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/stfls/SALA%20DE%20PRENSA/NOTAS%20DE%20PRENSA/JI%2051%20Madrid%2015.04.15%20\(7279-12\).pdf](http://www.poderjudicial.es/stfls/SALA%20DE%20PRENSA/NOTAS%20DE%20PRENSA/JI%2051%20Madrid%2015.04.15%20(7279-12).pdf)

⁴Sentencia N° 488/2016. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&database=AN&reference=7824603&links=Procedimiento%20Abreviado%20970%2F2015%20%22488%2F2016%22&optimize=20160929&publicinterface=true>

⁵ Sentencia 805/2017 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, del 11 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://s03.s3c.es/imag/doc/2018-03-02/Sentencia-Madrid-Arena-Tribunal-Supremo.pdf>

⁶ Los números entre paréntesis corresponde con la página de la sentencia de la Audiencia Provincial.

⁷ Sentencia 805/2017 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, del 11 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://s03.s3c.es/imag/doc/2018-03-02/Sentencia-Madrid-Arena-Tribunal-Supremo.pdf>

⁸ Sentencia 805/2017 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, del 11 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://s03.s3c.es/imag/doc/2018-03-02/Sentencia-Madrid-Arena-Tribunal-Supremo.pdf>

⁹ Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente

¹⁰ En caso de duda se favorece al imputado

¹¹ Sentencia 805/2017 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, del 11 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://s03.s3c.es/imag/doc/2018-03-02/Sentencia-Madrid-Arena-Tribunal-Supremo.pdf>