

nº 97

Primer Trimestre. Año 2026



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ABOGADOS
ESPECIALIZADOS EN
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

asociacionabogadosrcs.org

**El informe médico
pericial en los
procedimientos de
tráfico tras la ley
5/2025**

**La responsabilidad
civil médica en la
aplicación de la
inteligencia artificial:
¿A quién reclamar, al
médico o al
fabricante?**

**Responsabilidad
patrimonial de la
administración por
daños ocasionados
por fenómenos
naturales**

GPS

DERECHO DE LA CIRCULACIÓN

El libro recoge en **1.582 páginas** un estudio doctrinal y práctico del Derecho de la Circulación, en el que se dan cita los grandes sectores jurídicos tradicionales como el **Derecho Civil, el Penal y el Administrativo**, cada uno de los cuales vertebran la obra en tres grandes apartados.

La idea que inspira esta colección denominada GPS es ayudar al jurista o simple interesado de un modo que le permita **resolver de manera ágil, pero rigurosa, los múltiples problemas** con los que se va a encontrar a lo largo de

su carrera. Se trata de una obra organizada de forma singular, no con una exposición de temas teóricos, sino con el mismo iter con el que se encontrará el asesor, el abogado, el jurista, y de muy fácil manejo.

Cada capítulo contiene **definiciones, normativa actualizada, jurisprudencia específica**, cuestiones prácticas relacionadas con la materia de estudio y todo ello expuesto con un uso del lenguaje que facilita la comprensión del lector.

La guía definitiva del Derecho de la Circulación:

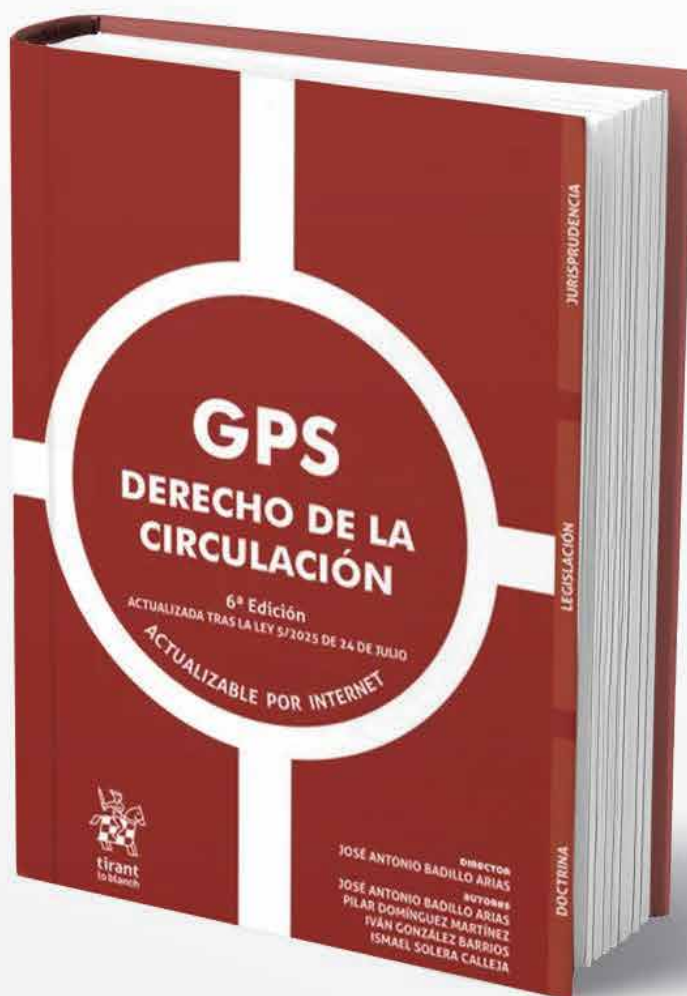
una obra diseñada para resolver con **agilidad y rigor** el día a día del jurista.

VER OBRA

Disponible en: **editorial.tirant.com/es**



**tirant
lo blanch**
GRUPO EDITORIAL





nº97

Primer Trimestre. Año 2026

REVISTA DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ABOGADOS
ESPECIALIZADOS EN
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

asociacionabogadosrcs.org

SUMARIO REVISTA N° 97

EDITORIAL

La protección de datos en los siniestros de tráfico.

Por *Javier López y García de la Serrana*.....5

DOCTRINA

- El informe médico pericial en los procedimientos de tráfico tras la ley 5/2025

M.ª Cruz Aparicio Redondo11

- La responsabilidad civil médica en la aplicación de la inteligencia artificial: ¿A quién reclamar, al médico o al fabricante?

Adrián Pomar Burgaleta25

- Responsabilidad patrimonial de la administración por daños ocasionados por fenómenos naturales

Carina del Pino León Verdejo51

JURISPRUDENCIA

TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA

- Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala 4ª) de 12 de febrero de 2026.

RESPONSABILIDAD CIVIL: El artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención.75

TRIBUNAL SUPREMO

- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 28 de enero de 2026.

CONTRATO DE SEGURO: Seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados: se examina la validez y el alcance de una cláusula de delimitación temporal del tipo «claims made» respecto de la responsabilidad civil de una letrada que había causado baja en el colegio profesional en cumplimiento de una orden judicial de suspensión o inhabilitación. Se declara la nulidad de la cláusula por su carácter limitativo, al no constar la suscripción de boletín de adhesión por parte de la asegurada ni la entrega por la entidad aseguradora del correspondiente certificado individual.85

- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 10 de febrero de 2026.

RESPONSABILIDAD CIVIL: El Tribunal Supremo estima el recurso de los demandantes y aclara que, especialmente en daños complejos como los neurológicos, el cómputo de la prescripción debe ser restrictivo, por lo que el dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad civil médica debe situarse en la fecha del diagnóstico firme y no cuando existen meras sospechas o juicios clínicos provisionales.103

- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 10 de marzo de 2026.

RESPONSABILIDAD CIVIL: El Alto Tribunal consolida la doctrina de la pérdida de oportunidad, y establece que la omisión de informar a la paciente sobre los riesgos de un parto natural frente a la alternativa de una nueva cesárea no se limita a un daño moral, sino que constituye una pérdida de oportunidad que debe indemnizar aplicando un porcentaje sobre el daño corporal total sufrido, incluso en ausencia de mala praxis médica. En el presente caso, estima fijar una indemnización del 20% del daño total sufrido, al considerar que esa era la probabilidad de que la madre hubiera optado por una cesárea de haber sido correctamente informada de los riesgos.117

- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 10 de marzo de 2026.

RESPONSABILIDAD CIVIL: El Tribunal Supremo establece dos criterios fundamentales para el cálculo de la indemnización por ayuda de tercera persona: en primer lugar, aclara que la cuantía de la Tabla 2.C.3 del baremo es un capital indemnizatorio único y no una renta anual multiplicable por la esperanza de vida. En segundo lugar, determina que dicha cantidad debe incrementarse, en ejecución de sentencia y mediante cálculo actuarial, cuando el perjudicado acredite no percibir prestaciones públicas para dicha finalidad.137

PERLAS CULTIVADAS

Pronunciamientos

Por José María Hernández-Carrillo Fuentes.....149

PUESTA AL DÍA INTERNACIONAL

La condición de conductor a efectos de aseguramiento obligatorio tras la sentencia del TJUE C- 490/24 Stichting Koskea.

Por Jesús Pérez Morilla.....159

NOTICIAS Y ACTIVIDADES

- 25 Aniversario de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro.163

- Resolución conjunta de 6 de abril de 2026, del Secretario General Técnico - Director del Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se dispone el cese y el nombramiento de los vocales de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, creada por la Orden comunicada de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia de 27 de octubre de 2016..165

EDITA:

Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro
C/Trajano, 8, Esc. 1ª - 1ºC • 18002 Granada • Tel.: 902 361 350
C.I.F.: G-18585240

DIRECTOR:

Javier López y García de la Serrana

SUBDIRECTORA:

Mª Carmen Ruiz-Matas Roldán

COORDINADORA DE CONTENIDOS:

Carmen Reyes Vargas

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mariano Medina Crespo (Presidente de Honor), Javier López y García de la Serrana (Presidente), Andrés Cid Luque (Vicepresidente), José Manuel Villar Calabuig (Secretario General), José María Hernández-Carrillo Fuentes (Secretario de Actas-Tesorero), Andrés López Jiménez, Fernando Estrella Ruiz, José Félix Gullón Vara, María Fernanda Vidal Pérez, Juan Manuel Rozas Bravo, Diego Elum Macías, Ubaldo González Garrote, Samuel Pérez del Camino Merino, Guillermo Muzas Rota, Celestino Barros Pena, Pedro Méndez González, Pedro Torrecillas Jiménez, Susana Sucunza Totoricagüena, Luis Julio Cano Herrera, José Antonio Badillo Arias, Alberto Pérez Cedillo, Fernando Talens Aguiló, Xavier Coca Verdaguer, Lutz Carlos Moratinos, Francisco José Ledesma de Taoro, Sergio García-Valle Pérez y David Fernández Suárez.

MIEMBROS DE HONOR DE LA ASOCIACIÓN:

Mariano Yzquierdo Tolsada, Miquel Martín Casals, Fernando Pantaleón Prieto, Jesús Fernández Entralgo, Eugenio Llamas Pombo, Ricardo de Ángel Yágüez (), José Manuel de Paúl Velasco (*), Fernando Reglero Campos (*), Miguel Pasquau Liaño, Juan Antonio Xiol Ríos, José Manuel López García de la Serrana (*), Antonio Salas Carceller, José Luis Seoane Spiegelberg, Antonio del Moral García, Pedro José Vela Torres y José Pérez Tirado.*

GRAN MEDALLA DE ORO DE LA ASOCIACIÓN:

Juan Antonio Xiol Ríos, Mariano Medina Crespo, Javier López García de la Serrana, Andrés Cid Luque y José María Hernández-Carrillo Fuentes.

DISEÑO:

*Aeroprint Producciones S.L.
Tlf. 958 292 739 • info@aeroprint.es*

IMPRIME:

*Aeroprint Producciones S.L.U.
www.aeroprint.es*

D.L. GR-1228/02
ISSN 1887-7001



asociacionabogadosrcs.org

La protección de datos en los siniestros de tráfico

por Javier López y García de la Serrana
Director

En la era digital que vivimos, la protección de datos personales se ha consolidado como un derecho fundamental dentro del ordenamiento jurídico español y europeo, adquiriendo una relevancia sin precedentes. El marco normativo, articulado principalmente a través del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), establece un riguroso sistema de obligaciones para quienes tratan datos de carácter personal.

La vulneración de esta normativa no solo expone a los infractores a significativas sanciones administrativas impuestas por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), sino que también abre la puerta a la exigencia de responsabilidad civil. De este modo, cualquier persona que haya sufrido un daño material o inmaterial como consecuencia de una infracción de dichas normativas tiene derecho a recibir una indemnización del responsable o del encar-

gado del tratamiento, configurándose así un nexo indisociable entre la protección de datos y el derecho de daños que obliga a los profesionales del derecho a dominar ambas disciplinas.

Para que una reclamación por daños y perjuicios derivada de la vulneración de la normativa de protección de datos pueda prosperar, la doctrina y la jurisprudencia exigen la concurrencia de cuatro elementos esenciales que deben ser acreditados por el perjudicado. En primer lugar, debe existir una infracción de la normativa, que puede manifestarse de múltiples formas, como el tratamiento de datos sin una base de legitimación válida, la vulneración de los principios rectores del tratamiento (licitud, lealtad, transparencia, minimización), el incumplimiento del deber de información, la falta de adopción de medidas de seguridad adecuadas o la cesión de datos a terceros sin el debido amparo legal. Seguidamente, es imprescindible la existencia de un daño, que puede ser de naturaleza patrimonial (pérdidas económicas directas) o no patrimonial, categoría en la que destaca el daño moral, entendido como el sufrimiento, la angustia o la zozobra generada por la pérdida de control sobre la propia información personal. En tercer lugar, debe probarse un nexo causal directo e inequívoco entre la infracción cometida y el daño sufrido, de modo que este último sea una consecuencia lógica de la primera. Finalmente, es crucial la correcta im-

putación de responsabilidad al responsable o al encargado del tratamiento, cuya identificación precisa es un presupuesto indispensable para el éxito de la acción, tal y como ha subrayado la jurisprudencia en casos complejos que involucran a grupos empresariales o plataformas tecnológicas.

La gestión de datos en siniestros de tráfico y el nuevo marco normativo

La gestión de siniestros de circulación representa un ámbito de especial sensibilidad, donde el tratamiento de datos personales, y en particular de datos de salud, es una constante. El nuevo **«TÍTULO V: Protección de datos personales» de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor** (LRCSCVM), incorporado a través de la Ley 5/2025, de 24 de julio, que introduce en el texto refundido de la norma los nuevos artículos 144 a 150, constituye un importante avance legislativo, pues aunque el objetivo de este título no sea regular ex novo esta materia, si viene a aclarar -tal y como se expresa en la propia exposición de motivos de la norma que lo incorpora- la aplicación de las normas existentes explicitando las bases jurídicas para los distintos tratamientos de datos personales.

Esta normativa sectorial viene a clarificar una cuestión largamente debatida, estableciendo una base de legitimación específica que permite a las entidades aseguradoras tratar los datos personales de los implicados en un siniestro, incluidos los relativos a la salud, sin necesidad de recabar su consentimiento expreso. Dicha legitimación, amparada en los artículos 6.1.c) y 9.2.f) del RGPD, se fundamenta en la necesidad del tratamiento para el cumplimiento de las obligaciones legales que la propia ley impone a las aseguradoras, como la valoración del daño y la formulación de la oferta motivada o si, en el caso de datos sensibles, el tratamiento es necesario para la formulación, ejercicio o defensa de reclamaciones legales.

No obstante, esta habilitación legal no constituye una carta blanca. El tratamiento debe ser estrictamente necesario, idóneo y proporcional para la finalidad de gestionar el siniestro, y las aseguradoras siguen plenamente obligadas a respetar los principios de minimización de datos, transparencia y seguridad, así como el deber de informar a los interesados sobre el tratamiento de su información personal, tal y como se desprende de los nuevos artículos 146 y 147 de la citada LRCSCVM.

El uso del correo electrónico y la diligencia en la comunicación de datos sensibles

En la práctica diaria de la gestión de siniestros, el correo electrónico se ha convertido en una herramienta indispensable para el intercambio de documentación entre aseguradoras, abogados, peritos y centros médicos. Si bien su uso agiliza notablemente las comunicaciones, también introduce un vector de riesgo significativo para la seguridad de los datos personales, especialmente cuando se transmiten categorías especiales de datos como los datos genéticos, biométricos, o de salud que pueden contener informes médicos o las historias clínicas.

Una brecha de seguridad, como el envío de un correo a un destinatario equivocado o el uso de canales no cifrados, puede exponer información altamente sensible y generar una responsabilidad directa para la entidad o el profesional que no ha actuado con la diligencia debida. La normativa, en particular los artículos 25 y 32 del RGPD, exigen la aplicación de medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, la naturaleza, alcance, contexto y fines del tratamiento, así como riesgos de probabilidad y gravedad para los derechos y libertades de las personas.

Esto implica la necesidad de adoptar protocolos robustos, como el cifrado de datos, el uso de plataformas seguras de intercambio de información y la verificación de la identidad de los destinatarios, tal y como se sugiere en el nuevo **artículo 147.3 de la LRCSCVM**, introducido por la Ley 5/2025. La falta de estas precauciones puede ser constitutiva de una infracción que, además de las sanciones administrativas, puede fundamentar una reclamación de responsabilidad civil por los daños derivados de la exposición no autorizada de la información.

El acceso a la historia clínica: límites y garantías

La historia clínica representa el núcleo de la información más sensible de una persona, un compendio de datos, valoraciones e informaciones sobre su estado de salud y evolución a lo largo de los procesos asistenciales, tal y como la define el artículo 14.1 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente. Su naturaleza confidencial y su contenido, calificado como categoría especial de datos por el artículo 9 del RGPD, imponen un régimen de acceso y tratamiento extraordinariamente restrictivo, cuya fina-

lidad primordial es, y debe ser siempre, garantizar una asistencia sanitaria adecuada al paciente.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales encuentra su amparo en el artículo 9.2.f) del RGPD, que levanta la prohibición general de tratar datos de salud cuando “el tratamiento es necesario para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones o cuando los tribunales actúen en ejercicio de su función judicial”. En consecuencia, los jueces y tribunales están facultados para requerir la aportación de una historia clínica cuando lo estimen imprescindible para la resolución de un proceso, aunque deben ponderar la necesidad y proporcionalidad de la medida, tal y como se desprende del artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Una cuestión de especial relevancia, analizada en el dictamen 3/2025 del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía, es la solicitud de acceso por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS) en funciones de Policía Judicial. Si bien el artículo 7 de la Ley Orgánica 7/2021 establece un deber general de colaboración, este cede cuando legalmente se exige autorización judicial. El dictamen, en línea con la jurisprudencia del Tribunal Supremo (sentencia 971/2022, de 16 de diciembre), concluye de

forma tajante que para acceder a datos de la historia clínica que unifiquen la identificación del paciente con la información clínico-asistencial (es decir, datos no anonimizados), es imprescindible y preceptiva una autorización judicial expresa. La mera solicitud policial, aunque sea motivada, no es suficiente para legitimar el acceso a esta información tan sensible.

Incluso contando con dicha autorización judicial, el centro sanitario está obligado a cumplir con el principio de minimización (artículo 5.1.c del RGPD). Esto implica que no deben facilitarse datos de terceros que puedan constar en la historia, ni datos del propio paciente que no guarden relación directa con los hechos objeto de investigación. Si la orden judicial es genérica, el centro sanitario puede y debe solicitar al órgano jurisdiccional una aclaración sobre los términos y el alcance del acceso autorizado para no incurrir en una vulneración de derechos.

Una limitación fundamental al derecho de acceso, incluso para el propio paciente, la constituyen las anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios. El artículo 18.3 de la Ley 41/2002 establece que los profesionales partici-



pantes en la elaboración de la historia clínica “pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”. Estas anotaciones se entienden como impresiones o comentarios personales del facultativo que, si bien pueden tener trascendencia clínica, no se sustentan en datos objetivos. Esta reserva protege la libertad de criterio del profesional, pero en caso de reclamación o procedimiento judicial, serán en última instancia los tribunales quienes determinen la procedencia de su revelación.

El acceso a la historia clínica por parte de las compañías aseguradoras es uno de los puntos más conflictivos. La regla general es que se requiere el consentimiento expreso e informado del interesado. Dicho consentimiento suele recabarse en el momento de la suscripción de la póliza de seguro. En este sentido, el nuevo **artículo 145 de la LRCSCVM**, introducido por la Ley 5/2025, referido al tratamiento de datos personales en el marco de la celebración del contrato de seguro, establece en su apartado primero que: “Las entidades aseguradoras podrán pedir a los interesados que hubieran solicitado la contratación con aquellas del contrato de seguro regulado en la presente ley cuanta información resulte necesaria, idónea y proporcional para poder determinar y cuantificar el riesgo asegurado. Las entidades tratarán como responsables del tratamiento los datos facilitados con la finalidad de poder realizar la proposición de seguro establecida en el artículo tercero de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, encontrándose el citado tratamiento amparado en lo dispuesto en el artículo 6.1.b) del Reglamento (UE) 2016/679”.

En el contexto de las reclamaciones de responsabilidad civil, las entidades aseguradoras no tienen un derecho de acceso directo a la historia clínica. Su acceso a datos de salud se legitima, bien por el consentimiento expreso e informado del lesionado (art. 99.7 de la Ley 20/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), bien por la nueva habilitación del TÍTULO V de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro, pero siempre limitado a la información estrictamente necesaria para la valoración del daño derivado del siniestro. En este sentido, el nuevo **artículo 147 de la LRCSCVM** sobre el tratamiento de datos de salud en caso de siniestro, establece en su apartado primero que “Las entidades aseguradoras podrán proceder como responsables al tratamiento de los datos relativos a la salud de los perjudicados que hubieran sufrido daños personales con ocasión de un siniestro con la finalidad de dar cumplimiento a la obligación legal de indemnización establecida en esta ley. El

tratamiento por las entidades aseguradoras de estos datos, incluyendo el informe médico pericial definitivo, al que se refieren los artículos 7.3.c) y 7.4.b) de esta ley, y los resultantes de la asistencia sanitaria que hubiera sido dispensada al perjudicado y el seguimiento de su evolución, se encuentra amparado en los artículos 6.1.c) y 9.2.f) del Reglamento (UE) 2016/679, como consecuencia de la acción directa reconocida al perjudicado por el artículo 7.1 de esta ley y de ser necesario para atender a su derecho a la indemnización, y en el artículo 99.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio”.

La AEPD en su Informe 526/2003, ha matizado esta regla para un supuesto muy concreto: la cesión de datos por parte de centros sanitarios *públicos* a compañías de seguros derivada de la asistencia prestada en *accidentes de tráfico*. En este caso, se admite que no se exija el consentimiento del afectado para ceder los datos imprescindibles para la facturación, al entender que la aseguradora es responsable legal del pago de dicha asistencia. Es crucial subrayar que esta excepción es de interpretación restrictiva y no ampara un acceso generalizado a toda la información clínica, sino únicamente a aquella estrictamente necesaria para justificar el gasto. Para cualquier otra información contenida en la historia, el consentimiento del paciente sigue siendo un requisito indispensable.

Por su parte, los tribunales se han pronunciado al respecto estableciendo claramente que para acceder a la historia clínica de una persona se exige una motivación jurídica reforzada, explicitando claramente cuáles son los motivos por los que debe excepcionarse la confidencialidad médico-paciente.

En este sentido, el **auto de la Audiencia Provincial de A Coruña de 25 de marzo de 2025** (dictado en el Recurso 49/2025), deniega el recibimiento a prueba en segunda instancia interesado por la aseguradora demandada, que solicitaba el acceso al historial clínico de la víctima del accidente de circulación. La sala de apelación considera que se trata de una documentación confidencial cuya solicitud no está debidamente justificada. En este sentido, enfatiza que el acceso generalizado a las historias clínicas de los litigantes no puede convertirse en una práctica rutinaria con una finalidad meramente prospectiva.

La intervención de detectives privados: entre el interés legítimo y el derecho a la intimidad

Es una práctica habitual que las entidades aseguradoras recurran a los servicios de detecti-



ves privados para investigar las circunstancias de un siniestro y verificar la veracidad de las lesiones reclamadas, especialmente cuando existen sospechas de fraude. Esta actuación encuentra su base de legitimación en el interés legítimo de la aseguradora para proteger su patrimonio y combatir conductas fraudulentas (artículo 6.1.f del RGPD). Sin embargo, esta potestad investigadora no es ilimitada y debe ejercerse con un escrupuloso respeto al derecho fundamental a la intimidad y a la propia imagen del investigado (artículo 18 de la Constitución), lo que obliga a los tribunales a realizar una cuidadosa ponderación basada en el principio de proporcionalidad. En este sentido, conviene recordar que la Ley 5/2014, de 4 de abril, de Seguridad Privada, establece en su artículo 48.3 que “en ningún caso se podrá investigar la vida íntima de las personas que transcurra en sus domicilios u otros lugares reservados”. La jurisprudencia reciente ha sido clave para delimitar qué se entiende por “domicilio o lugares reservados”.

La jurisprudencia ha ido perfilando los límites de estas investigaciones, estableciendo una clara distinción entre la observación en espacios públicos y la injerencia en la esfera privada. Así, resoluciones como la **sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de 17 de octubre de 2024** o la **sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 4 de diciembre de 2025**, han considerado lícitas las grabaciones y comprobaciones visuales realizadas en lugares públicos o desde la vía pública, aunque capten la entrada a un garaje o el exterior de una vivienda. En cambio, la **sentencia de la Sala de lo Social el Tribunal Supremo de 25 de mayo 2023**, ha sentado una doctrina contundente al declarar ilícita la prueba obtenida mediante la grabación de un trabajador en el jardín de su domicilio, por considerar que dicho espacio, aun siendo visible desde el exterior, forma parte de la esfera de intimidad personal y familiar y goza de una expectativa legítima de privacidad, asimilándolo al domicilio a efectos de protección. La obtención

de pruebas en estos espacios privados sin consentimiento del afectado o sin la preceptiva autorización judicial constituye una vulneración de derechos fundamentales que no solo invalida la prueba, sino que puede generar responsabilidad civil para la agencia de detectives y para la aseguradora que la contrató.

La línea divisoria es, por tanto, clara: la investigación es lícita en el espacio público, pero se convierte en una intromisión ilegítima si invade la esfera de privacidad, que comprende no solo el interior de la vivienda, sino también espacios anejos como el jardín, donde el individuo tiene una expectativa razonable de no ser observado. Asimismo, el nuevo **artículo 146 de la LRCSCVM**, introducido por la Ley 5/2025, establece en su apartado tercero que “en caso de acudir a terceras entidades para la investigación, peritación y valoración de los daños, estas tendrán la condición de encargados del tratamiento de las aseguradoras, debiendo suscribir con las mismas el contrato o acto jurídico regulado por el artículo 28.3 del Reglamento (UE) 2016/679”.

Por último, conviene recordar que el uso de dispositivos de seguimiento como balizas GPS constituye una injerencia en el derecho a la intimidad y, por tanto, requiere autorización judicial, tal y como se regula en el artículo 588 quinques b) de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, tal y como se ponía de manifiesto en el informe redactado por la Unidad Central de Seguridad Privada de la Policía Nacional (2016/014) de fecha 15-02-2016, sobre “Uso de medios de localización y seguimiento por detectives privados”, que establecía las siguientes conclusiones:

- “1. El detective privado debe actuar investido de habilitación en sentido amplio, por cuanto no solamente debe cumplir escrupulosamente las exigencias formales en su actuación profesional, sino que debe hacerlo mediante la legitimación que su contratante debe ostentar como derecho jurídicamente reconocido y que faculta al investigador para actuar.
2. La actividad del detective exige, como pilar básico, la obligación de defender los derechos de su cliente y los del sujeto sometido a investigación, con especial atención al derecho a la intimidad de éste, de acuerdo a lo establecido en el artículo 18 de la Constitución.
3. El derecho a la intimidad del sujeto investigado puede entrar en conflicto con derechos jurídicamente reconocidos en el con-

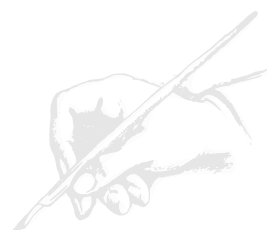
tratante, lo que se resolverá mediante el juicio de proporcionalidad, que determinará si una intromisión en la esfera íntima tiene las exigencias de útil, necesaria y equilibrada.

4. El uso de medios técnicos debe ajustarse al juicio de proporcionalidad por cuanto puede suponer de intromisión en la esfera íntima del investigado.
5. El uso de dispositivos de seguimiento requiere de una orden judicial previa.”

Como conclusión de este editorial, podemos decir que la interconexión entre la responsabilidad civil y la protección de datos es una realidad jurídica consolidada y en constante evolución, que exige a todos los operadores jurídicos una especial diligencia y un conocimiento profundo de la normativa aplicable. La vulneración del derecho fundamental a la protección de datos no es una cuestión baladí, sino que activa potentes mecanismos de responsabilidad que obligan al infractor a reparar íntegramente los daños causados, incluyendo el daño moral.

La reciente introducción del TÍTULO V en la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, a través de la Ley 5/2025, de 24 de julio, supone un hito normativo que aporta seguridad jurídica tanto al sector asegurador como a las víctimas, pero que, a su vez, refuerza la necesidad de actuar con estricto apego a los principios del RGPD. En este complejo escenario, los profesionales del derecho tienen un doble papel: por un lado, asesorar a sus clientes (aseguradoras, empresas, profesionales) para garantizar un cumplimiento normativo riguroso que evite no solo sanciones administrativas, sino también reclamaciones civiles; y por otro, articular las vías de reclamación más efectivas para la defensa de los derechos de los ciudadanos cuyos datos han sido tratados de forma ilícita, garantizando así la tutela efectiva de uno de los derechos más preciados en la sociedad actual.

Abril 2026



El informe médico pericial en los procedimientos de tráfico tras la ley 5/2025

M.ª Cruz Aparicio Redondo

Magistrada.
Letrada del Gabinete Técnico del Tribunal
Supremo (Sala Civil), en comisión de servicio

SUMARIO

- I.- INTRODUCCIÓN
- II.- OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE APORTAR INFORME MÉDICO PERICIAL DEFINITIVO EN LA FASE PREVIA
 - 1.- EFECTO PRECLUSIVO DEL INCUMPLIMIENTO
 - 2.- DUDAS SOBRE EL ALCANCE DEL EFECTO PRECLUSIVO
 - 3.- POSIBLE INCIDENCIA DEL INCUMPLIMIENTO EN EL PRONUNCIAMIENTO SOBRE COSTAS
- III.- FACULTAD DEL PERJUDICADO DE PEDIR INFORME MÉDICO PERICIAL EN LA FASE EXTRAJUDICIAL
 - 1.- RECLAMACIÓN PREVIA
 - 2.- SOLICITUD DE INFORME MÉDICO COMPLEMENTARIO A LOS IMLCF
 - 3.- OTRAS POSIBILIDADES DE OBTENER INFORME MÉDICO PERICIAL
- IV.- APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL MÉDICO POR EL DEMANDANTE EN EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL
 - 1.- REGLA GENERAL: APORTACIÓN CON LA DEMANDA
 - 2.- ANUNCIO DE LA APORTACIÓN DEL DICTAMEN CON POSTERIORIDAD A LA DEMANDA
 - 3.- APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL CUYA NECESIDAD DERIVE DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA
- V.- ENTRADA EN VIGOR Y APLICACIÓN TEMPORAL DE LA REFORMA
- VI.- CONCLUSIONES

I. INTRODUCCIÓN

La DA primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, previó la creación de una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración - lo que tuvo lugar mediante Orden comunicada de 27 de octubre de 2016, de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia-, la cual, además de las consultas y sugerencias que evacuase desde su creación -como hizo a través de la Guía de Buenas Prácticas-, debía emitir en el plazo máximo de tres años a partir de la entrada en vigor de dicha ley un informe razonado que incluyese el análisis de la puesta en marcha del nuevo Sistema de Valoración, sus repercusiones jurídicas y económicas y la actualización de cuantías y límites indemnizatorios, así como sugerencias para su mejora.

Dicho informe se publicó el 23 de julio de 2020. La Ley 5/2025, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, incorporó la mayor parte de las recomendaciones efectuadas en aquel. Sin alterar la estructura ni los principios generales del sistema, se introducen mejoras en el texto legal y en las tablas que suponen un incremento en el nivel de protección a los perjudicados.

Entre las recomendaciones efectuadas, la Comisión de Seguimiento advierte que las diversas denominaciones que aparecen a lo largo de la ley relativas al «informe médico» están complicando la gestión y tramitación de las reclamaciones. Unas veces se habla de «informe médico definitivo» (arts. 7.3.c), 7.4. b) y 37.3), otras de «informe» (art. 9. b), «informe médico» (arts. 113.6, 115.1 y 2, 116.1 y 2, 117.1 y 2), «prueba pericial médica» (arts. 113.5 y 121.2), o «informe médico concluyente» (art. 135). A la vista de esta situación, en el informe razonado se recomienda unificar las diversas denominaciones en dos únicas clases: el «informe médico asistencial» y el «informe médico pericial». El primero se refiere al informe emitido por el médico que atiende al paciente en su proceso de diagnóstico y tratamiento. El segundo se refiere al informe médico realizado por un experto en valoración del daño corporal de acuerdo con los criterios de su especialidad y los criterios médicos establecidos por el sistema valorativo legal. Esos informes, a su vez, podrán ser provisionales o definitivos y, en su caso, el informe pericial definitivo podrá ser, además, concluyente.

En ocasiones, es preceptivo que el informe médico pericial se apoye en informes médicos asistenciales, tanto para la acreditación de determinados gastos, como de algunas secuelas, y deberían unirse como anexos a aquel. Por ejemplo, la acreditación de la necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de prótesis y ortesis futuras (art. 115), gastos de rehabilitación domiciliar y ambulatoria futura (art. 116), y de las ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal (art. 117) que necesite el lesionado a lo largo de su vida, requiere conocimientos en ortopedia y/o terapia ocupacional. Además, la tabla 2.A.1 (baremo médico) exige informes médicos adicionales de determinados especialistas tanto para el diagnóstico como para el reconocimiento de algunas secuelas. Por ejemplo: (i) los dolores por desaferentación (01038) -dolores excepcionales que no forman parte del cuadro clínico habitual-, cuando concurren con amputaciones o en lesiones de nervios periféricos, necesitan ser acreditados con informe médico y tratamiento específico en unidades especiales. (ii) Algunas secuelas del apartado de psiquiatría y psicología clínica requieren informe médico psiquiátrico o de un informe psicológico de estado. En otras ocasiones, la acreditación de la secuela debe venir respaldada por pruebas médicas específicas; por ejemplo, el diagnóstico de la patología endocrina postraumática, que se realizará en función de los exámenes clínicos y pruebas complementarias practicadas por un especialista en endocrinología.

Aunque este trabajo se centra en el informe médico pericial en los procedimientos de tráfico, no puede obviarse la relevancia de esta prueba en reclamaciones ajenas al ámbito circulatorio, en las que se aplica su sistema de valoración de forma orientativa para calcular la indemnización por los daños derivados de negligencia médica, accidentes de trabajo, caídas.... Procede recordar que el conocido como baremo de tráfico contiene una serie de límites cuantitativos y cualitativos que se justifican por las especiales circunstancias del ámbito circulatorio, puestas de relieve por la STC 181/2000, de 29 de junio¹, y que pueden superarse cuando el

¹ «... la alta siniestralidad en el sector del automóvil, la naturaleza de los daños ocasionados y su relativa homogeneidad, el aseguramiento obligatorio del riesgo, la creación de fondos de garantía supervisados por la Administración (Consorcio de Compensación de Seguros) y, en fin, la tendencia a la unidad normativa de los distintos ordenamientos de los Estados miembros de la Unión Europea, son factores concurrentes, perfectamente susceptibles de ser valorados por el legislador y que justifican suficientemente y hacen plausible, a juicio del TC, la opción legislativa

baremo se aplica orientativamente fuera de aquel². Por ejemplo, la reforma introducida por la Ley 5/2025 modifica el art. 36.3 TRLRCSCVM y amplía de seis a doce meses la duración del tratamiento médico y psicológico indemnizable que reciban los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, así como los de grandes lesionados, por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente. Aunque este límite temporal es imperativo dentro del ámbito circulatorio, se podría superar fuera de aquel si se justifica con un informe médico la necesidad de una duración superior de tratamiento. También podría acreditarse de la misma forma un importe superior al máximo previsto en el baremo en relación con otros gastos como los derivados de la rehabilitación domiciliaria, prótesis u ortesis...

II. OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE APORTAR INFORME MÉDICO PERICIAL DEFINITIVO EN LA FASE PREVIA

El apartado 2 del art. 7 impone al asegurador la obligación de observar una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización desde el momento en que conozca, por cualquier medio, la existencia del siniestro (es decir, incluso antes de recibir la reclamación del perjudicado, por ejemplo, cuando tenga noticias del accidente a través del parte de accidente facilitado por su asegurado). A estos efectos, el asegurador podrá solicitar a su costa los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño.

En línea con la recomendación del informe razonado, la Ley 5/2025 sustituye la referencia al “informe médico definitivo” contenida en los arts. 7.3.c), 7.4. b) y 37.3 por la de “informe médi-

finalmente acogida».

² Entre otras, la STS, Sala Primera, 269/2019, de 17 de mayo -una de las dictadas en relación con el accidente de aviación de Spanair-, aplica criterios correctores a las indemnizaciones calculadas conforme a dicho baremo. Esta sentencia no solo permite superar el límite cuantitativo del baremo, sino también sus límites cualitativos, pues reconoce la condición de perjudicada a una hermana del fallecido que no habría tenido tal consideración en el ámbito circulatorio. En la misma línea, la STS 963/2023, de 14 de junio, en relación con el mismo accidente, considera improcedente reducir conforme al baremo de tráfico la indemnización del lucro cesante por debajo del importe real acreditado con la prueba practicada.

co pericial definitivo”. El hecho de que se requiera que el informe médico sea “pericial” y “definitivo”, implica que este debe ajustarse a las reglas del sistema de valoración, y que no puede modificarse en el caso de que tuviera que ser aportado en un procedimiento judicial ulterior. Solo estaría justificada su modificación si la demanda contuviera alguna cuestión relevante que no hubiera aflorado en la fase extrajudicial, y que precisara de contradicción, para evitar la indefensión de la parte demandada.

1.- Efecto preclusivo del incumplimiento

Los apartados 3 y 4 del art. 7 establecen los requisitos de validez de la oferta y de la respuesta motivada. En ambos casos se exige que contengan de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, incluyendo el informe médico pericial definitivo. En el caso de la oferta, esto permite al perjudicado contar los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo. En el caso de la respuesta motivada, le permite conocer las razones por las que la aseguradora no emite oferta.

Tras la entrada en vigor de la Ley 35/2015, la Audiencia Provincial de Granada -seguida por la de Murcia y la de Zamora- inició una doctrina según la cual, el incumplimiento por la aseguradora de su obligación de acompañar el informe médico definitivo a la oferta o a la respuesta motivada impedía que aquella pudiera aportarlo en el procedimiento judicial posterior. No todos los tribunales aceptaron dicha conclusión, al entender que dicho efecto no se deducía del art. 7 TRLRCSCVM, que solo contemplaba la imposición de sanciones administrativas y de los intereses moratorios del art. 20 LCS, ni podía extraerse de la regulación de la prueba pericial contenida en los arts. 335 ss. LEC. Los partidarios de esta última postura entendían que la aportación del informe médico pericial por parte de la aseguradora debía hacerse con la contestación a la demanda (art. 336.1 LEC), sin aceptar su aportación posterior al amparo del art. 337.1 LEC, ya que entendían poco probable que la compañía pudiera justificar la imposibilidad de pedir y obtener el informe dentro del plazo para contestar, conforme exige el art. 336.4 LEC, cuando había podido recabarlo durante la fase previa.

El informe razonado acoge la doctrina de la Audiencia Provincial de Granada y considera que la buena fe procesal impide aportar al proceso judicial aquellos informes médicos definitivos de los que las partes ya disponían en la fase

extrajudicial y que no hayan aportado en la fase extrajudicial cuando estaban obligadas a ello.

Este último inciso debe ponerse en relación con la Guía de Buenas Prácticas que, en sus Acuerdos de 27 de noviembre de 2017, aclaró en qué supuestos dicho informe puede ser sustituido por la documentación facilitada por el perjudicado, y aquéllos otros en los que su aportación es preceptiva.

Oferta motivada:

* Suficiente la información médica aportada por el lesionado.

- 1.- Coincidencia entre la reclamación previa y la oferta motivada, en cuanto a conceptos e importes, tanto en el caso de lesiones temporales como de secuelas.
- 2.- Sólo se reclaman lesiones temporales y no hay cuantificación o no hay acuerdo sobre la reclamación, si bien la oferta motivada debe contener una explicación detallada de los criterios empleados.
- 3.- Casos de traumatismos menores de columna vertebral sin secuelas.

* Necesario incorporar informe médico definitivo a la oferta motivada:

- Sólo se reclaman lesiones temporales, pero el lesionado aporta informe médico pericial.

- Se reclaman secuelas y el lesionado aporta informe médico asistencial o pericial. Si además este último contiene la puntuación otorgada y la codificación de secuelas, la buena práctica exige que también se indiquen dichos extremos en el informe médico definitivo de la entidad.

- Si la secuela reclamada deriva de un traumatismo menor de columna vertebral y el lesionado aporta informe médico pericial concluyente que acredite la existencia de la misma (art. 135.2). En este caso, la buena práctica permite que los puntos asignados a las secuelas y su codificación consten en la oferta motivada o en el informe médico definitivo que se adjunte a la misma.

Respuesta motivada:

* No es necesario informe médico definitivo:

- 1.- En los casos en los que, por la dilatación en el tiempo del proceso de curación del perju-

dicado, no fuera posible determinar el alcance total de las secuelas padecidas a causa del accidente o porque, por cualquier motivo, no se pudiera cuantificar plenamente el daño.

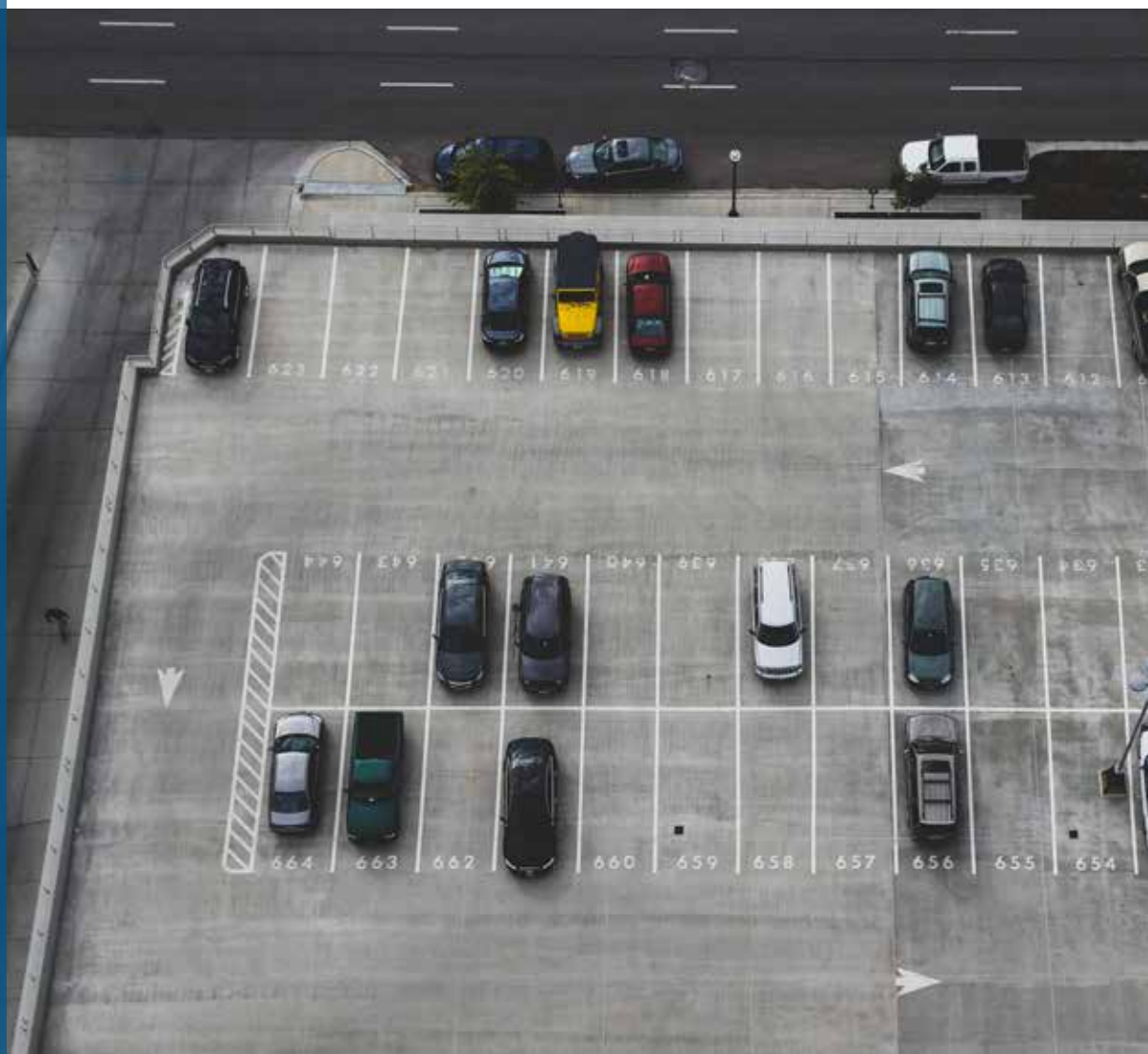
- 2.- En el caso de lesiones o secuelas que deriven de un traumatismo menor de columna vertebral, si la respuesta motivada se basa en que la sintomatología no apareció en tiempo médicamente explicable, atendiendo al criterio cronológico del art. 135.1.b).

* Es necesario: en los casos en que la respuesta motivada se base en la negación de la existencia de lesiones temporales o secuelas o del nexo causal respecto a ellas.

La validez de la respuesta motivada basada en la dilatación en el tiempo del proceso de curación sin informe médico pericial (que obviamente no podría ser definitivo en este caso) debe ponerse en relación con otra de las modificaciones introducidas en el art. 7.4 TRL-RCSCVM. Se mantiene la obligación de que, en este supuesto, la respuesta motivada incluya la referencia a los pagos a cuenta de la indemnización final, atendiendo a la naturaleza y entidad de los daños. La Comisión de Seguimiento advirtió que, en ocasiones, estos pagos resultaban insuficientes, si se tenía en cuenta los perjuicios sufridos hasta ese momento por el lesionado (tiempo transcurrido de lesiones temporales, secuelas indefectibles tales como amputaciones, secciones medulares completas, resección de órganos...). Con la finalidad de erradicar dicha mala práctica, La Ley 5/2025 especifica que dichos pagos deberán ajustarse al importe de todos los perjuicios cuya consolidación esté ya constatada. Aunque no se exige expresamente, podría ser conveniente que se acompañe a estas respuestas motivadas un informe médico pericial provisional, con la finalidad comprobar el cumplimiento de la nueva exigencia legal.

La reforma introducida por la Ley 5/2025 acoge la recomendación del informe razonado y establece en los apartados 3 y 4 del art. 7 que el incumplimiento de la obligación de acompañar a la oferta o respuesta motivada los informes médicos periciales definitivos impedirá su aportación en el posterior proceso judicial.

Algunos autores han manifestado que la sentencia de la Sala Primera 991/2025, de 23 de junio, se opone a la postura que finalmente ha prevalecido, pero lo cierto es que el Tribunal Supremo no llegó a pronunciarse sobre la cuestión



ya que entendió, por una parte, que la aseguradora había cumplido sus obligaciones extraprocesales y, por otra, que la parte actora no había denunciado oportunamente la infracción procesal alegada en el recurso de apelación.

En la fase extrajudicial, la compañía emitió respuesta motivada, al entender que, a la vista del atestado, el siniestro era responsabilidad del reclamante, que no había respetado un ceda el paso existente en el lugar del siniestro. Iniciado el procedimiento, la aseguradora incorporó a su escrito de contestación sendos informes periciales, uno de reconstrucción de accidentes y otro médico, que fueron admitidos sin que la actora recurriera ni protestara dicha decisión.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda, y la demandante interpuso recurso de apelación, que fue estimado parcialmente por la Audiencia Provincial de Murcia, al acoger la postura introducida por primera vez en segunda instancia de no tomar en consideración los informes periciales de la contestación, por entender que la aseguradora había incumplido sus obligaciones extracontractuales, y no podía ser premiada con la admisión de una prueba tardíamente aportada.

La demandada interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y de casación, y la sala estimó el primero, con la consecuencia de anular la sentencia recurrida y reponer las actuaciones para que la Audiencia Provincial dicte

una nueva sentencia sin excluir los dictámenes periciales que indebidamente no había tenido en cuenta. Considera que la aseguradora cumplió la obligación que le impone el art. 7, pues emitió respuesta motivada basada en la culpa exclusiva de la víctima. Además, los informes periciales fueron propuestos y admitidos conforme a derecho, sin que se formulara impugnación formal a su admisión en la fase procesal correspondiente.

2.- Dudas sobre el alcance del efecto preclusivo

Pese a la claridad de la opción legislativa adoptada, siguen surgiendo dudas.

2.1.- Informe pericial médico para sustentar motivos de oposición subsidiarios

Podemos plantearnos si el cumplimiento por la aseguradora de sus obligaciones extrajudiciales, por ejemplo, al emitir una respuesta motivada fundada en razones ajenas a cuestiones médicas (falta de cobertura, inexistencia de responsabilidad ...), le permite aportar por primera vez en el procedimiento judicial un informe médico pericial, no recabado en la fase previa, para rebatir el importe de la indemnización reclamada como motivo de oposición subsidiario.

El principio de buena fe y los deberes recíprocos de colaboración previstos en el art. 37 -aun cuando su apartado 3 se refiera exclusivamente a la oferta motivada- permite sostener que la aseguradora está obligada a aportar el informe pericial médico definitivo en la fase previa si durante esta ha requerido al perjudicado para que los servicios médicos por ella designados le reconozcan y hagan seguimiento de la evolución de sus lesiones, a pesar de que finalmente emitiera respuesta motivada por cuestiones no médicas.

Como se ha expuesto, el art. 7.2 TRLRCSCVM impone a la aseguradora el deber de diligencia en la cuantificación y liquidación de la indemnización, con la posibilidad de recabar para ello informes periciales médicos privados. Pero ¿es exigible en todo caso que la aseguradora recabe dichos informes en la fase previa para poder cuestionar subsidiariamente el alcance de la indemnización en un procedimiento posterior, aun cuando extrajudicialmente niegue su deber de responder del pago por cuestiones ajenas al ámbito médico? Parece que la STS 991/2025, de 23 de junio, excluye tal exigencia. El problema radica en que, a la vista de tal interpretación, las aseguradoras emitan respuestas motivadas in-

consistentes, con la única finalidad de eludir el deber de adelantar su pericial médica. ¿Se podría inadmitir en ese supuesto dicha prueba, introducida por primera vez en el procedimiento judicial? No parece probable, pues es presumible que tal finalidad "fraudulenta" solo se revele tras la práctica de la prueba. De ser así, aun con la dificultad que comporta, podría valorarse tal comportamiento en el pronunciamiento sobre costas, si se entiende que dicha manera de actuar frustra, con vulneración del principio de buena fe, la posibilidad de alcanzar una solución consensuada en la fase extrajudicial.

2.2.- Posibilidad de solicitar designación judicial de perito

También cabe plantearse si, en el caso de que la aseguradora incumpliera la obligación de acompañar el informe médico pericial definitivo a la oferta o respuesta motivada, podría interesar la designación judicial de perito, al amparo del art. 339 LEC. Se podría pensar que dicha posibilidad constituye un fraude de Ley al entender que, mediante la aplicación del citado precepto, se pretende eludir las consecuencias negativas previstas en el art. 7 TRLRCSCVM -preclusión para aportar el informe médico pericial definitivo-. Esto no sería así si entendemos que el único efecto negativo de tal incumplimiento es privar a la compañía de la posibilidad de aportar un informe médico pericial emitido a su instancia, por un profesional designado por aquella, pero no uno emitido por un perito de designación judicial, en una interpretación restrictiva de las normas sancionadoras.

2.3.- Incumplimiento total por la aseguradora de sus obligaciones extrajudiciales

Podría darse el caso de que la aseguradora incurriera en un incumplimiento aún mayor que el de no acompañar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada, como ocurriría si ni siquiera llegase a emitir dicha oferta o respuesta motivada. Aunque la reforma no prevé expresamente en este supuesto la preclusión de la posibilidad de aportar informe médico pericial en el procedimiento judicial, parece lógico que así sea, en atención a una interpretación teleológica de la Ley, y a fin de evitar promover incumplimientos totales.

2.4.- Alcance del efecto preclusivo a otros informes

Cabría plantearse si es posible extender el efecto de la preclusión a otros informes como los de biomecánica o los actuariales, lo que no

parece posible al no estar expresamente contemplado.

3.- Posible incidencia del incumplimiento en el pronunciamiento sobre costas

Podemos pensar si, además del efecto preclusivo previsto en el art. 7 TRLRCSCVM, el incumplimiento de la obligación de aportar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada pudiera tener alguna repercusión en el pronunciamiento sobre costas, a la luz de la reforma introducida por la LO 1/2025, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia.

Su art. 5 introduce con carácter general, como requisito para la admisión de la demanda en los procedimientos seguidos ante la jurisdicción civil, haber acudido a un medio adecuado de solución de controversias en vía no jurisdiccional (MASC). El art. 2 entiende por MASC cualquier tipo de actividad negociadora, reconocida en esa u otras leyes, estatales o autonómicas, a las que las partes de un conflicto acuden de buena fe con el objeto de encontrar una solución extrajudicial a aquel, ya sea por sí mismas o con la intervención de una tercera persona neutral. Aunque con alguna duda inicial, actualmente está aceptado que la fase extrajudicial obligatoria regulada en el art. 7 TRLRCSCVM para los procedimientos de tráfico constituye un requisito de procedibilidad específico de estos y permite tener por cumplida la nueva exigencia introducida por la LO 1/2025³.

El art. 7.4 LO 1/2025 impone a los tribunales, en el caso de que se inicie un proceso judicial con el mismo objeto que el de la previa actividad negociadora, el deber de tener en consideración la colaboración de las partes respecto a la solución consensuada y el eventual abuso del servicio público de Justicia al pronunciarse sobre las costas, o en su tasación, así como para la imposición de multas o sanciones, para lo que se reforma tanto el art. 247 LEC, como los preceptos reguladores del pronunciamiento y tasación de costas. En relación con estas últimas, la idea que subyace es que el legislador no quiere que la parte haya rehusado injustificadamente participar en un proceso negociador previo no pueda beneficiarse de un pronunciamiento favorable en costas.

La LO 1/2025 introduce en el art. 394 LEC una nueva excepción al principio del vencimiento según la cual, no habrá pronunciamiento sobre costas a favor de aquella parte que hubiere rehusado expresamente o por actos concluyentes, y sin justa causa, participar en un MASC legalmente preceptivo, al que hubiese sido efectivamente convocado, o que se hubiere acordado, previa conformidad de las partes, por derivación judicial.

Por lo que respecta a los procedimientos de tráfico, parece que no hay duda de que el incumplimiento de la aseguradora de emitir oferta o respuesta motivada equivaldría a un rehúse injustificado a participar en la fase previa preceptiva por lo que, en ese supuesto, no habría pronunciamiento en costas a su favor, aun cuando se desestimara la demanda interpuesta por el perjudicado -o se justificaría su imposición en caso de estimación parcial (art. 394.2 LEC), o de allanamiento anterior a la contestación a la demanda (art. 395 LEC)-. Como se ha indicado, uno de los requisitos para la validez de la oferta y de la respuesta motivada, recogido en los apartados 3 y 4 del art. 7 TRLRCSCVM, es que se acompañe a estas el informe médico pericial definitivo cuando su aportación sea preceptiva. Cabría pensar que el incumplimiento de dicha exigencia, que priva al perjudicado de contar con los datos necesarios para aceptar o no la oferta motivada, o para conocer los motivos de su sustitución por una respuesta motivada, frustran la finalidad de la fase extrajudicial, pues dificulta o impide la consecución de una solución consensuada, lo que podría equivaler a un rehúse injustificado a participar en esta fase extrajudicial preceptiva.

III. FACULTAD DEL PERJUDICIADO DE RECARAR INFORMES MÉDICOS PERICIALES EN LA FASE EXTRAJUDICIAL

1.- Reclamación previa del perjudicado

El art. 7 mantiene la obligación del perjudicado de comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda, con carácter previo a la interposición de la demanda. La reforma introducida por la Ley 5/2025 aclara que se equipara a la reclamación extrajudicial la comunicación del perjudicado sobre el inicio de un procedimiento penal a su instancia, así como la notificación efectuada por el órgano judicial cuando este se inicie de oficio (por ejemplo, tras la recepción del atestado).

³ El art. 7 TRLRCSCVM a la luz de la LO 1/2025 de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia. M.^a Cruz Aparicio Redondo. Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, N.º. 93, 2025, págs. 11-28

La Comisión de Seguimiento recomendó aclarar que no es necesario formular la reclamación previa para admitir a trámite la demanda cuando la aseguradora hubiera emitido previamente la oferta o respuesta motivada en cumplimiento de su deber de diligencia, tras conocer la existencia del siniestro por otra vía (por ejemplo, la remisión del parte de accidente por su asegurado). Aun cuando dicha recomendación no se ha reflejado en la Ley 5/2025, cabe asumirla si tenemos en cuenta que la finalidad de la reclamación previa es precisamente que la compañía conozca la existencia de un siniestro del que se han derivado lesiones de las podría ser responsable su asegurado.

Tal y como adelantara la Guía de Buenas Prácticas-, se introduce expresamente en el art. 7 que no se requiere que la reclamación extrajudicial esté cuantificada, incluso si el reclamante dispusiera de todos los elementos para poder hacerlo. En consecuencia, el perjudicado no estaría obligado a aportar informes periciales en la fase previa, y cumpliría sus obligaciones extracontractuales con la entrega a la asegurado-

ra de los documentos e información de la que disponga y con dejarse reconocer por los servicios médicos de la compañía, de ser requerido para ello (art. 37.2).

2.- Solicitud de informe médico complementario a los IMLCF

El art. 7.5 preveía la posibilidad de que el perjudicado disconforme con la oferta motivada pudiera solicitar informes periciales complementarios al IMLCF - siempre que no hubiese intervenido previamente tras el ejercicio de acciones judiciales-. El informe razonado consideró que debía extenderse esta facultad a los supuestos de respuesta motivada por la inexistencia de lesiones, lo que acoge la reforma.

Además, en el apartado 6 del art. 7, y dadas las dilaciones advertidas por la Comisión de Seguimiento en algunos IMLCF, se introducen dos plazos que les afectan: 3 meses desde la solicitud del informe complementario para el reconocimiento del perjudicado y, desde entonces, un mes para la emisión de aquel. Sin embargo, no



se establece consecuencia alguna al incumplimiento de dichos plazos.

La Comisión de Seguimiento también recomendó que la valoración realizada por los IMLCF se ciñera a la que es objeto de controversia entre las partes, de tal modo que no pudiera ser menor que la que conste en la oferta motivada, ni mayor que la reclamada por la víctima. Sin embargo, esta consideración tampoco se ha recogido en la Ley 5/2025.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales.

La reforma no alcanza al RD 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los IMLCF, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor. No parece aplicable la Disposición derogatoria única de la Ley 5/2025, que alcanza a cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a ella porque, más que ser contraria a la reforma, precisa de su complemento. Respecto a la ampliación de los supuestos en los que es posible acudir al IMLCF, no se plantea problema, pues el RD se remite a los supuestos del art. 7.5, ahora ampliado. En cuanto a los plazos, resultarían directamente aplicables, al encontrarnos ante una norma de rango superior y posterior en el tiempo.

La nueva redacción del art. 7.5 no extiende la posibilidad de acudir al IMLCF en el supuesto de que la aseguradora no hubiera emitido oferta o respuesta motivada, pese a que dicho incumplimiento priva al perjudicado de la posibilidad de obtener gratuitamente un informe pericial. No parece que la ampliación de esta facultad sea posible. En primer lugar, se trata de una prueba pericial “complementaria” y, sin oferta o respuesta motivada nada habría que complementar. Por otra parte, el art. 479.5.d) y el art. 480.1.d) exigen una cobertura normativa que aquí no se da para la emisión de informes por el IMLCF a solicitud de particulares.

Lo anterior no excluye la posibilidad de que el demandante interese en la demanda la designación judicial de un perito valorador del daño corporal ex art. 339.2 LEC que, en el caso de que el actor tenga reconocido el derecho de asistencia jurídica gratuita, será el médico fo-

rense, por preverlo así el art. 6 de la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita.

Cabe pensar si debería inadmitirse esta solicitud al demandante que tiene reconocida la asistencia jurídica gratuita cuando ha tenido la oportunidad de acudir al IMLCF antes de iniciar el proceso, al amparo del art. 7.5, y no lo ha hecho, por cuanto ello privaría a la aseguradora de emitir una nueva oferta motivada que pudiera evitar el pleito. Parece que tal posibilidad carece de fundamento jurídico, teniendo en cuenta que nos encontramos ante la una facultad, sin que dicho trámite previo sea preceptivo para interponer la demanda.

3.- Otras posibilidades de obtener informes médicos periciales

3.1.- Informes médicos periciales complementarios a costa de perjudicado.

Además de la posibilidad de acudir a los IMLCF, el art. 7.5 prevé que el perjudicado puede recabar a su costa informes médicos complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador. En este caso, el art. 7 no prevé la entrega de dicho informe a la aseguradora antes de interponer la demanda. Sin embargo, el informe razonado considera que la buena fe procesal impide aportar al proceso judicial aquellos informes médicos definitivos de los que las partes -sin distinguir entre el perjudicado y la aseguradora- ya disponían en la fase extrajudicial y que no hubieran aportado en ella. Quizá la clave radica en el matiz de que ello es así cuando se trate de informes que tuvieran la obligación de aportar en la fase previa.

3.2.- Medios adecuados de solución de controversias (MASC)

También, en caso de disconformidad con la oferta o la respuesta motivada (por cualquier causa, no solo por inexistencia de lesiones), o transcurrido el plazo para su emisión (supuesto excluido de la posibilidad de acudir al IMLCF), cualquiera de las partes, y no solo el perjudicado (art. 7.8, en relación con el art. 14 TRLRCSVM), puede acudir a uno de los medios adecuados de solución de controversias en vía no jurisdiccional (no solo a la mediación). Dicho MASC podría ser la opinión de un experto independiente, valorador del daño corporal, lo que permitiría a las partes contar en la fase previa con un nuevo informe pericial médico dirimente de las controversias que les permitiera alcanzar una solución consensuada y evitar el procedimiento judicial.

En este caso el MASC no se contempla como presupuesto de procedibilidad, sino como una facultad de las partes, que podrían optar por acudir directamente a la vía jurisdiccional en ejercicio de la pretensión resarcitoria.

El carácter no preceptivo de este MASC plantea la duda de si el rehúse injustificado de una de las partes a participar en aquel tendría algún efecto en el pronunciamiento sobre costas, ya que los arts. 394 y 395 se refieren a los MASC legalmente preceptivos (o acordados, previa conformidad de las partes, por derivación judicial). Quizá en la mente del legislador subyace la idea de que, si el perjudicado y la aseguradora han cumplido de buena fe las obligaciones que les competen durante la fase previa del art. 7 y, a pesar de ello, no han alcanzado un acuerdo, el rehúse a iniciar un proceso negociador, esta vez de carácter voluntario, no podría calificarse como injustificado. Es decir, lo relevante a efectos de costas seguiría siendo lo ocurrido durante la tramitación obligatoria.

IV. APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL MÉDICO POR EL DEMANDANTE EN EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL

1.- Regla general: aportación del informe pericial con la demanda

Los arts. 265.1.4.º y 336.1 LEC establecen, como regla general, que los informes periciales en que las partes apoyen sus pretensiones deben acompañarse con la demanda, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 337 y 339.

Por su parte, el art. 37.1 TRLRCSVM exige que la determinación y la medición de las secuelas y de las lesiones temporales se realice mediante informe médico ajustado a las reglas del sistema de valoración. Es objeto de controversia si, judicializado el conflicto, la actora debe acompañar siempre informe médico pericial para que prospere su pretensión resarcitoria o esta puede basarse exclusivamente en los informes médicos asistenciales.

En cualquier caso, la falta de aportación con la demanda del informe médico ajustado a las reglas del sistema no implica, en modo alguno, su inadmisión, ya que la aportación del informe pericial médico no constituye un requisito de procedibilidad, sino un problema de prueba sobre la existencia y valoración de las lesiones, y su relación de causalidad con el accidente. Dicha omisión tampoco supondría necesari-

amente la desestimación de la demanda, puesto que podría fijarse la indemnización teniendo en cuenta el resto de prueba practicada (informe pericial de la parte demandada, oferta motivada, informes de urgencia, del médico asistencial, o del centro de fisioterapia...).

No obstante, en ocasiones, el sistema de valoración exige la aportación de informe pericial médico para el resarcimiento de determinados perjuicios, en cuyo caso este tiene que acompañarse necesariamente con la demanda. Así ocurre, por ejemplo, en el art. 121.2 TRLRCSVM, que establece la posibilidad de indemnizar los gastos derivados de ayuda de tercera persona en los supuestos no previstos en la tabla 2.C.2, que relaciona determinadas secuelas con el número de horas de ayuda de tercera persona, siempre que se acredite mediante prueba pericial médica una pérdida de autonomía personal análoga a la producida por las secuelas previstas en aquella. Se entiende que el informe pericial deberá especificar también el número de horas de ayuda necesarias para compensar dicha pérdida de autonomía personal, lo que permitirá concretar la cuantía indemnizatoria aplicando la tabla 2.C.3, que relaciona el número de horas con la edad del perjudicado (en la fecha de estabilización).

2.- Anuncio de la aportación del informe pericial en un momento posterior

El art. 337.1 LEC introduce una excepción a la regla general, si no fuese posible la aportación de los informes periciales con la demanda. En este caso, la parte actora expresará en ella los dictámenes de que pretenda valerse, que deberá aportar, para su traslado a la parte contraria, en cuanto disponga de ellos y, en todo caso, cinco días antes de iniciarse la audiencia previa en el juicio ordinario o en treinta días desde la presentación de la demanda en el verbal.

Esta previsión debe integrarse con lo dispuesto en el apartado 3 del art. 336 LEC, que exige al demandante justificar cumplidamente que la defensa de su derecho no ha permitido demorar la interposición de aquélla hasta la obtención del dictamen.

La causa generalmente alegada para justificar la imposibilidad de retrasar la interposición de la demanda es la caducidad de la acción. Este argumento no es aplicable en los procedimientos de tráfico, en los que se ejercita la acción de responsabilidad extrajudicial, sometida a un plazo de prescripción susceptible de ser interrumpido.

No cabe anunciar en la demanda la futura aportación de la pericial médica haciendo depender tal decisión del contenido de la contestación ya que, además de que esta posibilidad carece de cobertura legal, supondría modificar el orden de intervención de las partes en el proceso.

3.- Aportación del informe pericial como consecuencia de las alegaciones del demandado en la contestación

El art. 338 LEC permite al actor aportar, para su traslado a la parte contraria, con al menos cinco días de antelación a la celebración del juicio o de la vista, el dictamen cuya necesidad o utilidad venga suscitada por la contestación a

la demanda o por lo alegado y pretendido en la audiencia previa al juicio.

Dejando al margen los problemas procesales que podrían derivarse de la falta de adecuación de dicho precepto a la nueva tramitación del juicio verbal introducida en el art. 438.8 LEC por la LO 1/2025, debe tenerse en cuenta la interpretación de su alcance realizada por la Sala Primera, entre otras, en las SsTS 842/2010, de 22 de diciembre; 176/2011, de 14 de marzo, y 901/2011, de 13 de diciembre.

Estas resoluciones aclaran que el caso regulado en el art. 338 LEC no contempla propiamente una excepción a la regla general de aportación de la pericial con la demanda y la contes-



tación, sino un supuesto concreto que determina la aportación de esta prueba en un momento posterior, como consecuencia de las distintas posibilidades alegatorias que el proceso otorga a las partes. Se indica que la finalidad de la norma es evitar que la introducción en el proceso, al contestar a la demanda, de un elemento de controversia que, aun relacionado o conexo con la demanda, exceda de los términos en que se dejó planteado el litigio por el demandante, le cause indefensión. Se especifican dos supuestos que no tienen amparo en el precepto analizado: (i) La subsanación de omisiones, olvidos, inexactitudes o cualesquiera irregularidades en la aportación del informe pericial o en el contenido del informe pericial acompañado con la demanda para acreditar los hechos constitutivos de la causa de pedir (por ejemplo, para incluir una nueva partida resarcitoria existente al emitirse el informe inicial). (ii) La formulación de una réplica encubierta a los hechos alegados en la contestación. En la citada STS de 22 de diciembre de 2010, se entendió que el informe pericial que se había pretendido aportar en la audiencia previa no se emitió para valorar hechos diferentes a los descritos en la demanda e introducidos en la contestación, sino para valorarlos de otra forma, tratándose, en definitiva, de un 'contrainforme' o crítica que la Ley procesal difiere en su caso al trámite regulado en el artículo 347.

V. ENTRADA EN VIGOR Y APLICACIÓN TEMPORAL DE LA REFORMA

Como se ha expuesto, no son pocas las novedades introducidas por la Ley 5/2025 en relación con el informe médico pericial, y procede conocer desde cuándo resultan aplicables.

La DF novena de la Ley 5/2025 establece que esta entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE, lo que tuvo lugar el 25 de julio de 2025, con alguna salvedad, como la actualización conforme al IPC (art. 49.1), que producirá efectos a partir del 1 de enero siguiente a la entrada en vigor de la ley.⁴

Además, se especifica que las modificaciones del título IV del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, se aplicarán a los accidentes de circulación ocurridos tras la entrada en vigor de la ley, de con-

formidad con lo establecido en el artículo 38.2 del mencionado texto refundido y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 49.2 del mismo texto refundido.

Para entender esta última excepción hay que recordar que el art. 49.2 insiste en que las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona no son objeto de actualización, sino de modificación periódica mediante la correspondiente revisión de las bases técnicas actuariales⁵. Además, aclara que las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona aplicables son las vigentes en el momento del fallecimiento o de la estabilización de las secuelas. De esta manera, puede ocurrir que las lesiones derivadas de un accidente ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 5/2025 alcancen la estabilización después del 26 de julio de 2025, por lo que habría que estar a las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona introducidas por la reforma. Por ejemplo, si como consecuencia de un accidente ocurrido en mayo de 2025 resulta perjudicada una persona dedicada en exclusiva a las tareas del hogar familiar, y sus lesiones causan su muerte en agosto de 2025, para el cálculo de la indemnización de lucro cesante que corresponde a los perjudicados por el fallecimiento, habrá que estar a las nuevas tablas introducidas por la Ley 5/2025 específicas para estas personas, en vez de utilizar las tablas de víctimas con ingresos por trabajo personal e incrementar la cantidad en un 25%, como indicaba el art. 88.4 introducido por la Ley 35/2015.

En relación con la indemnización por los gastos derivados de ayuda de tercera persona, debe tenerse en cuenta que el cálculo de la indemnización implica la utilización de dos tablas. En primer lugar, la tabla 2.C.2, que permite determinar el número de horas en función de las secuelas que padece el lesionado, para luego

5 Antes de la reforma introducida por la Ley 5/2025, la Orden ETD/949/2022, de 29 de septiembre, modificó las **bases técnicas** actuariales, lo que dio lugar a la modificación de las tablas de lucro cesante, de necesidad de ayuda de tercera persona, y las TT1, TT2 y TT3 mediante RD 907/2022, de 25 de octubre, que entró en vigor el día siguiente de su publicación en el BOE el 28 de octubre de 2022. Previamente, debido al importante incremento del SMI, y puesto que las tablas 2.C.3, 2.C.7 y 2.C.8 están influenciadas en su cálculo por aquel, se actualizaron puntualmente dichas tablas en las Resoluciones de la DGSFP de 20 de marzo de 2019 y de 30 de marzo de 2020, con efecto desde el 1 de enero de estos años, tal y como advirtió la Comisión de Seguimiento en sus acuerdos de 20 de febrero de 2019 que forman parte de la Guía de Buenas Prácticas (3.3:3. Buena práctica respecto a la aplicación a determinados casos del sustancial incremento del SMI producido para 2019).

4 Resolución de 3 de febrero de 2026, publicada en el BOE de 18 de febrero de 2026.



acudir a la tabla 2.C.3, que relaciona las horas con la edad del perjudicado en el momento de la estabilización. La primera de ellas ha sufrido una importante modificación con la Ley 5/2025, al suprimir los cuartos de hora y aumentar el número de horas de determinadas secuelas que, en los casos más graves, alcanzan las 24 horas. Esta tabla 2.C.2 no está condicionada por las bases técnicas actuariales, al contrario de lo que ocurre con la tabla 2.C.3, por lo que, si el accidente ocurrió antes del 26 de julio de 2025, aunque las lesiones estabilicen con posterioridad, no podrán aplicarse las mejoras horarias introducidas en aquella. En cambio, para conocer la cuantía de esta partida resarcitoria, si que se estará a la Tabla 2.C.3 vigente en el momento de la estabilización.

Puesto que la DF 9.^a establece que los cambios introducidos en el Tít. IV se aplican a los accidentes ocurridos después de su entrada en vigor, y el art. 7 no está incluido aquel (específico del sistema de valoración del daño corporal), ¿podría solicitarse informe pericial complementario al IMLCF en relación con un accidente ocurrido antes de su entrada en vigor, respecto del que la aseguradora emitiera respuesta motivada por inexistencia de lesiones después de la entrada en vigor? ¿Debería tenerse por precluida para la aseguradora la posibilidad de presentar informe pericial médico si la demanda se interpone tras la entrada en vigor de la Ley

5/2025 y no acompañó lo acompañó a su oferta o respuesta motivada, cuando estaba obligado a ello, aunque el accidente ocurriera antes de la entrada en vigor?

Esta cuestión es similar a la suscitada en relación con la DT de la Ley 35/2015, según la cual, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que establece esta Ley se aplicaba únicamente a los accidentes de circulación ocurridos tras su entrada en vigor. Puesto que el sistema de valoración se encontraba en el Título IV, en el que no se incluye el art. 7, se planteó la duda de si el requisito de procedibilidad que introdujo dicho precepto era o no exigible a todas las demandas presentadas después de la entrada en vigor de la reforma (1 de enero de 2016), aunque se refirieran a accidentes ocurridos con anterioridad a esta fecha.

La opinión mayoritaria entendió que este requisito de procedibilidad sólo estaba previsto para los siniestros ocurridos tras la entrada en vigor de la Ley 35/15 (Audiencias Provinciales como la de Madrid y la Barcelona adoptaron acuerdos de unificación de criterios en tal sentido), al entender que la DT se refería a todo el nuevo sistema de valoración, al que no es ajeno el art. 7. Sin embargo, otras Audiencias Provinciales resolvieron en sentido contrario -por ejemplo, la sec. 1.^a de la AP Córdoba, en Auto de

Pleno de 13 de enero de 2017-. Así lo ha defendido también el catedrático de Derecho Civil Juan José Marín López⁶.

Esta segunda tesis se basaba en el diferente régimen de derecho transitorio de las normas sustantivas y procesales; si bien las primeras priman el momento de la creación, producción o acaecimiento del hecho, acto o negocio jurídico de que dimana el derecho sustantivo de que se trate, en relación con las normas procesales ha de estarse a la norma vigente de la formulación de la demanda. Por otra parte, la DT dejaba fuera, intencionadamente o no, la regulación formal orientada a la reclamación judicial, y de la previa extrajudicial, aplicable desde la entrada en vigor de la reforma a cualquier accidente, incluidos los anteriores a aquella, a los que resulta aplicable el nuevo régimen procesal y, en consecuencia, la reclamación previa. Miquel Martín Casals defiende esta segunda posición en relación con la entrada en vigor de las mejoras procesales introducidas en el art. 7 por la Ley 5/2025⁷.

En los ámbitos ajenos al circulatorio, en los que se aplica orientativamente el baremo de tráfico, hay que tener en cuenta que la STS, Sala Primera, 951/2025, del pleno, de 17 de junio, ha modificado su doctrina para permitir la aplicación del sistema de valoración vigente a la fecha de interposición de la demanda aun cuando los hechos hubieran sucedido con anterioridad a su entrada en vigor.

VI. CONCLUSIONES

- 1.- La Ley 5/2025 acoge la mayor parte de las recomendaciones efectuada en el informe

⁶ La aplicación en el tiempo de la Ley 35/2015: algunas cuestiones problemáticas. *Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro*, N.º. 58, 2016, págs. 23-38.

⁷ Panorámica del nuevo sistema valorativo legal (SVL 2025 o baremo 2025). *Responsabilidad civil, seguro y tráfico: cuaderno jurídico*, N.º. 92, 2025, págs. 13-21.

razonado elaborado por la Comisión de Seguimiento, algunas de las cuales afectan al informe médico.

- 2.- Se reducen a dos las clases de informes médicos: asistencial y pericial. A su vez, ambos pueden ser provisionales y definitivos, y el pericial también puede ser concluyente.
- 3.- La prueba pericial médica adquiere especial relevancia en los procedimientos de daños ajenos al ámbito circulatorio en los que se aplica orientativamente el baremo de tráfico para el cálculo de la indemnización, dada la posibilidad de superar los límites contenidos en aquel.
- 4.- Si la aseguradora incumple la obligación de aportar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada no podrá acompañarlo en el procedimiento posterior. Tampoco podría en el caso de que no llegue a emitir dicha oferta o respuesta motivada. Resulta dudoso que pueda solicitar en estos casos designación judicial de perito, así como la incidencia de estos incumplimientos en el pronunciamiento sobre costas.
- 5.- El perjudicado no está obligado a aportar informe médico pericial en la fase previa, ni a cuantificar su reclamación.
- 6.- Se amplían los supuestos en los que se puede solicitar informe médico pericial complementario a los IMLCF, que ya no se circunscribe a la discrepancia del perjudicado con la oferta motivada, sino que se extiende a su disconformidad con la respuesta motivada basada en la inexistencia de lesiones.
- 7.- Existe controversia sobre la aplicación de las mejoras procesales introducidas en el art. 7 a accidentes anteriores a la entrada en vigor de la Ley 5/2025, al no estar incluido dicho precepto en el Título IV TRLRSCVM.



La responsabilidad civil médica en la aplicación de la inteligencia artificial: ¿A quién reclamar, al médico o al fabricante?

Adrián Pomar Burgaleta
Abogado

SUMARIO

- I. INTRODUCCIÓN
- II. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO
- III. LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA: RÉGIMEN GENERAL
- IV. LA LEX ARTIS Y EL DEBER DE DILIGENCIA MÉDICA
- V. EL ERROR DIAGNÓSTICO Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL
- VI. MARCO NORMATIVO EUROPEO: REGLAMENTO DE IA 2024/1689 Y NORMATIVA SOBRE PRODUCTOS DEFECTUOSOS
- VII. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEFECTUOSOS APLICADA A SISTEMAS DE IA
- VIII. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO POR EL USO DE SISTEMAS DE IA
- IX. RESPONSABILIDAD DEL FABRICANTE O DESARROLLADOR
- X. INTERACCIÓN ENTRE RESPONSABILIDAD MÉDICA Y RESPONSABILIDAD DEL PRODUCTOR
- XI. JURISPRUDENCIA RELEVANTE EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA Y TECNOLÓGICA
- XII. LA CARGA DE LA PRUEBA EN CONTEXTOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL
- XIII. PROPUESTA DE UN MODELO MIXTO DE RESPONSABILIDAD
- XIV. CONCLUSIONES
- XV. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

La irrupción de la inteligencia artificial (en adelante, IA) en el ámbito sanitario constituye uno de los fenómenos tecnológicos más transformadores del siglo XXI. Su implementación en procedimientos sanitarios o clínicos, especialmente en el resultado del diagnóstico médico, ha generado notables mejoras en precisión, rapidez y eficiencia. No obstante, también plantea interrogantes jurídicos en torno a la responsabilidad civil que surge cuando el daño procede de una recomendación o decisión algorítmica, es decir de la IA. Tal como destaca Ayo Ferrándiz, la autonomía y opacidad inherentes a muchos sistemas de IA dificultan su encaje en el esquema clásico de imputación de responsabilidad civil¹. Asimismo, Pereda Guinea advierte que la complejidad tecnológica y la intervención de múltiples agentes incrementa los supuestos de incertidumbre causal en el ámbito sanitario².

En el ámbito sanitario, la responsabilidad civil médica ha descansado desde hace largo tiempo en la *lex artis ad hoc* y en la actuación diligente del profesional. Monterroso Casado explica que la clave en la responsabilidad médica reside en determinar el grado de diligencia exigible al profesional y la adecuación de su actuación al estado de la ciencia. Este modelo, basado en la conducta humana, entra en tensión cuando intervienen sistemas opacos capaces de procesar millones de datos para recomendar diagnósticos médicos³.

La doctrina más reciente en materia de IA sanitaria pone de relieve problemas como el sesgo algorítmico, la falta de explicabilidad del resultado y la dificultad de reconstruir el proceso de decisión del sistema. Evangelio Llorca subraya que la IA sanitaria es un ámbito especialmente sensible por el riesgo directo a derechos fundamentales como la vida y la integridad física⁴, lo que exige reforzar las garantías de seguridad y responsabilidad.

En este contexto surge la pregunta central del presente trabajo: ¿a quién debe reclamarse cuando un sistema de IA utilizado en el ámbito sanitario genera un daño? ¿Al médico que lo emplea o al fabricante/desarrollador que pone el sistema en el mercado? La respuesta debe construirse atendiendo a la interacción entre responsabilidad profesional sanitaria, responsabilidad por productos defectuosos y el nuevo marco regulatorio europeo, especialmente el Reglamento (UE) 2024/1689, así como la normativa al respecto de productos defectuosos.

II. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

La inteligencia artificial (IA) abarca un conjunto de técnicas y modelos computacionales capaces de analizar datos, aprender patrones y ofrecer resultados o predicciones. Su presencia en el sector sanitario se ha intensificado notablemente, convirtiéndose en un apoyo decisivo en el proceso diagnóstico y en la toma de decisiones clínicas para la casi totalidad de las disciplinas médicas. Como señala Arasa Gisbert, la IA ya es utilizada en diversos hospitales españoles para el análisis avanzado de imágenes médicas y sistemas de apoyo al diagnóstico⁵.

Pereda Guinea destaca que la incorporación de tecnologías avanzadas en el ámbito sanitario ha incrementado la complejidad probatoria en materia de responsabilidad civil, al introducir nuevos factores de incertidumbre técnica y nuevos agentes intervinientes en la cadena asistencial⁶. Esto resulta especialmente relevante en los sistemas de IA, donde la intervención humana se combina con decisiones algorítmicas de difícil reconstrucción.

2.1. Concepto y naturaleza de la inteligencia artificial

La IA ha sido conceptualizada de múltiples maneras a lo largo del tiempo, pero el Reglamento (UE) 2024/1689 ofrece por primera vez una definición jurídica vinculante basada en la capacidad del sistema para aprender, inferir y generar resultados predictivos⁷.

1 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67 (2025), pp. 29-31.

2 Monterroso Casado, Esther. *Diligencia médica y responsabilidad civil*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 1-3.

3 Monterroso Casado, Esther. *Diligencia médica y responsabilidad civil*, *Diligencia médica y responsabilidad civil*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 3-4.

4 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 150-155.

5 Arasa Gisbert, Sylvia. *Uso de la inteligencia artificial para el diagnóstico médico*, Universidad Autónoma de Barcelona, 2024, pp. 9-11.

6 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 40-42.

7 Reglamento (UE) 2024/1689, en concreto sus arts. 3 y 6.

Una parte significativa de los sistemas actuales opera mediante modelos de aprendizaje profundo (*deep learning*), cuya estructura de redes neuronales produce resultados de alta precisión, aunque frecuentemente bajo un funcionamiento opaco. Esta falta de transparencia —la denominada *black box*— plantea retos probatorios relevantes en términos de nexo causal, algo que la doctrina considera central en litigios de responsabilidad médica. En efecto, Pereda Guinea subraya que la dificultad para reconstruir el proceso de decisión es uno de los principales obstáculos para el paciente a la hora de acreditar la existencia de negligencia⁸.

2.2. Tipologías de IA relevantes en medicina

2.2.1. Machine Learning

El *machine learning* consiste en modelos que aprenden mediante la exposición repetida a datos. Evangelio Llorca destaca que estos sistemas resultan especialmente útiles en medicina predictiva y cribado clínico, donde pueden identificar patrones que resultan imperceptibles para el ojo humano⁹.

2.2.2. Deep Learning

El *deep learning* permite resultados especialmente precisos en áreas como radiología, dermatología y oftalmología. Arasa Gisbert documenta su uso en diversos procedimientos diagnósticos mediante análisis automatizado de imagen médica¹⁰.

Estos modelos son también los que generan mayor preocupación jurídica debido a su falta de explicabilidad, lo que puede afectar a la determinación del estándar de diligencia exigible al profesional que los emplea.

2.3. Marco normativo europeo: clasificación de sistemas según el riesgo

El Reglamento (UE) 2024/1689 establece una clasificación de los sistemas de IA basada en el riesgo. Los sistemas empleados en el diag-

nóstico médico se clasifican como sistemas de alto riesgo, lo que exige:

- supervisión humana efectiva,
- documentación técnica completa,
- requisitos de seguridad y calidad del dato,
- trazabilidad del proceso algorítmico.

Esta clasificación será clave para analizar la responsabilidad del fabricante: cuando un sistema de alto riesgo falla, el incumplimiento de estos requisitos puede constituir indicio de defecto del producto¹¹, tal como interpreta Evangelio Llorca.

2.4. Aplicaciones de la IA en el diagnóstico médico

Entre las aplicaciones más destacadas se encuentran:

- Diagnóstico por imagen.
- Modelos predictivos.
- Sistemas de ayuda a la decisión clínica.
- Análisis automatizado de lenguaje natural.

La doctrina coincide en que la IA no sustituye al profesional, sino que actúa como herramienta de apoyo. Sin embargo, Pereda Guinea advierte que la dependencia creciente del médico respecto a sistemas automatizados obliga a redefinir qué se entiende por *correcta praxis* en un entorno asistido tecnológicamente¹².

2.5. Riesgos asociados al uso de IA en la práctica sanitaria

El uso de la IA introduce riesgos propios:

- errores derivados de datos de entrenamiento sesgados,
- fallos técnicos del propio sistema,
- falta de explicabilidad del algoritmo,
- asimetrías informativas entre médico, paciente y fabricante.

Desde la perspectiva de la responsabilidad civil, estos riesgos afectan directamente a la prueba del nexo causal, elemento básico para entender la existencia de responsabilidad. La jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo, como la STS 3544/2024 y la STS 3547/2024, re-

⁸ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 41-45.

⁹ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024 pp. 98-101.

¹⁰ Arasa Gisbert, Sylvia. *Uso de la inteligencia artificial para el diagnóstico médico*, Universidad Autónoma de Barcelona, 2024, pp. 14-17.

¹¹ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 112-115.

¹² Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 48-50.

salta la necesidad de valorar la disponibilidad probatoria y las dificultades técnicas que enfrenta el paciente, criterios que resultan plenamente trasladables al ámbito de la IA.

III. LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA: RÉGIMEN GENERAL

La responsabilidad civil médica constituye una de las ramas más consolidadas del derecho de daños, por su enorme casuística y afectación a la vida diaria de las personas. Pereda Guinea explica que el sistema español ha evolucionado hacia un modelo mixto, donde la acción contractual y la extracontractual pueden ejercerse indistintamente¹³.

En el ámbito del nexo causal y la carga de la prueba, la jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo ha incorporado matices muy relevantes para el presente trabajo. Así, la STS 3544/2024 y la STS 3547/2024 analizan la disponibilidad probatoria y la inversión de la carga de la prueba en casos donde el paciente se encuentra en situación de inferioridad técnica frente al profesional o el centro sanitario. Este criterio será esencial al examinar los daños producidos por IA, dada la estructura opaca de muchos sistemas algorítmicos, de los cuales no puede obtenerse con certeza un seguimiento del resultado obtenido.

Del mismo modo, la STS 4355/2021 aporta una doctrina consolidada sobre el consentimiento informado como elemento integrante de la correcta praxis médica, lo cual tendrá relevancia cuando el profesional utilice herramientas de IA cuyo funcionamiento y riesgos deban ser explicados al paciente.

La responsabilidad civil médica constituye una de las ramas más consolidadas del derecho de daños, caracterizada por la necesaria conjugación entre las obligaciones profesionales del personal sanitario y la protección de bienes jurídicos esenciales como la vida y la integridad física, e incluso la psicológica. Su estudio ha sido objeto de amplia elaboración doctrinal y jurisprudencial, configurándose sobre la base de un sistema mixto —contractual y extracontractual— en el que la diligencia exigible al profesional se determina conforme a la *lex artis ad hoc*, como hemos indicado anteriormente.

Tal como señala Monterroso Casado¹⁴, la determinación de la diligencia médica representa la clave de bóveda del sistema de responsabilidad sanitaria, ya que el médico no garantiza un resultado, sino que se obliga a actuar con la pericia y prudencia propias de su profesión¹. A ello se suma que, como expone Pereiro Expósito, la responsabilidad puede surgir tanto por incumplimiento contractual (art. 1101 CC) como por infracción del deber general de no dañar a otro (art. 1902 CC)¹⁵.

En la práctica, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha consolidado una interpretación flexible que permite al paciente ejercer ambas acciones de manera alternativa o subsidiaria, especialmente cuando la conducta que causa el daño constituye simultáneamente un incumplimiento contractual y un ilícito extracontractual¹⁶.

3.1. Responsabilidad contractual y extracontractual

La responsabilidad contractual se fundamenta en la existencia de un vínculo previo entre el paciente y el profesional o centro sanitario. El médico, como regla general, asume una obligación de medios, debiendo emplear todos los recursos disponibles conforme al estado de la ciencia en el momento, sin garantizar necesariamente la curación.

Por su parte, la responsabilidad extracontractual opera en ausencia de relación previa, fundándose en el daño antijurídico causado por acción u omisión culposa. La doctrina sostiene que ambos regímenes pueden coexistir, permitiendo al perjudicado ejercitar el que resulte más favorable, conforme a la teoría de la yuxtaposición, conforme se establece en la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2012¹⁷.

3.2. Elementos de la responsabilidad civil médica

De manera tradicional, la responsabilidad médica exige la concurrencia de tres elementos:

1. De actuación negligente (culpa o falta de diligencia).

¹⁴ Monterroso Casado, Esther. *Diligencia médica y responsabilidad civil*, pp. 21-24.

¹⁵ Pereiro Expósito, Miguel. *La responsabilidad civil de los servicios médico-sanitarios*, Universidad de Alcalá, 2019, pp. 34-36.

¹⁶ SSTs, Sala 1ª, de 22 febrero 1991, 6 octubre 1992, 15 febrero 1993, 1 abril 1994, entre otras.

¹⁷ STS 488/2015, Sala 1ª, de 17 de julio, Ponente Jose Antonio Seijas Quintana.

¹³ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 12-25.

2. De la existencia de un daño efectivo (material, físico, moral o patrimonial).
3. De una relación de causalidad entre la actuación del profesional y el resultado dañoso.

3.2.1. La culpa médica

La culpa médica consiste en la infracción de la diligencia exigible al profesional sanitario, atendiendo a su especialidad, medios disponibles y circunstancias específicas del caso. Pérez Martín define la culpa médica como la vulneración del deber de actuar conforme a la *lex artis*, entendida como el conjunto de reglas técnicas aceptadas por la comunidad profesional en un momento dado¹⁸.

La jurisprudencia ha matizado que la infracción de la *lex artis* no debe analizarse con criterios de perfección, sino bajo el estándar del profesional medio prudente y diligente. No toda complicación o resultado adverso implica negligencia.

3.2.2. El daño

El daño constituye un elemento indispensable, ya que la responsabilidad civil no sanciona conductas, sino que repara perjuicios. En el ámbito sanitario, estos pueden incluir:

- Lesiones físicas o agravación del estado del paciente.
- Daños morales derivados del sufrimiento o pérdida de oportunidades.
- Daños patrimoniales por gastos médicos o pérdida de ingresos.

3.2.3. El nexo causal

El nexo causal suele representar el elemento más difícil de acreditar. Como señala Monterroso Casado, la relación causaefecto debe probarse de modo razonable, permitiendo atribuir el daño a la conducta del profesional y no a la propia evolución de la enfermedad o a factores externos¹⁹.

En casos donde intervienen distintos factores causales, la jurisprudencia admite la concurrencia de culpas y la moderación equitativa de la indemnización. En cambio, si se demuestra que la actuación médica no influyó de modo al-

guno en el resultado, el profesional queda exento de responsabilidad.

3.3. Responsabilidad por hecho ajeno en el ámbito sanitario

El artículo 1903 del Código Civil establece que los responsables de un servicio responden por los daños causados por sus dependientes en el ejercicio de sus funciones. En el contexto sanitario, esto puede implicar la responsabilidad del hospital, la clínica o el centro médico respecto de los facultativos contratados.

Autores como Yzquierdo Tolsada, así como la jurisprudencia aplican este precepto para extender la responsabilidad civil al centro cuando existe dependencia orgánica, estructural o funcional²⁰. Esta derivación de la responsabilidad cobra relevancia cuando se introduce un sistema de IA en el proceso asistencial, ya que será necesario determinar si el algoritmo actúa como herramienta integrada en el servicio médico —atrayendo responsabilidad del centro— o como producto independiente —atrayendo responsabilidad del fabricante, cuestión esta que intentaremos resolver más adelante.

IV. LA LEX ARTIS Y EL DEBER DE DILIGENCIA MÉDICA

La *lex artis ad hoc* constituye el criterio esencial para determinar si la actuación del profesional sanitario ha sido diligente. Se define como el conjunto de reglas técnicas, científicas y prudenciales aceptadas por la comunidad médica en un momento histórico determinado. Como recuerda Monterroso Casado, no exige perfección, sino una actuación prudente ajustada a los medios disponibles y a las circunstancias del caso²¹.

La creciente integración de tecnologías avanzadas —especialmente sistemas de inteligencia artificial— ha ampliado el contenido material de la *lex artis*. La praxis médica contemporánea incluye no solo la actuación humana directa, sino también la selección, supervisión y contraste de herramientas tecnológicas que intervienen en el diagnóstico y tratamiento. En consecuencia, el estándar de diligencia se complejiza y exige nuevos criterios y

¹⁸ Pérez Martín, Claudia Inmaculada. *La responsabilidad civil médica. Wrongful actions*, Universida de La Laguna, 2022, pp. 6-7.

¹⁹ Monterroso Casado, Esther. *Diligencia médica y responsabilidad civil*, pp. 3-5.

²⁰ Yzquierdo Tolsada, Mariano. *Sistema de responsabilidad civil, contractual y extracontractual*, Madrid, Dykinson, 2001, pp. 327-342.

²¹ Monterroso Casado, Esther. *Diligencia médica y responsabilidad civil*, pp. 25-28.

patrones para determinar quién es el sujeto responsable²².

4.1. Concepto, naturaleza y alcance de la *lex artis*

El Tribunal Supremo reitera que la *lex artis* es el criterio rector para evaluar la corrección de la conducta médica. La STS 4355/2021 nos recuerda que la responsabilidad sanitaria se determina conforme a la adecuación de la actuación médica a los protocolos científicos vigentes y no por el simple resultado obtenido. De ello se desprende que un resultado adverso no constituye automáticamente negligencia.

Pereda Guinea añade que la *lex artis* debe evaluarse atendiendo a: (i) los recursos y medios disponibles, (ii) los protocolos clínicos aceptados y (iii) las opciones razonables al alcance del médico²³. Con la llegada de la IA, estos elementos se amplían: la adecuada selección y control del sistema tecnológico pasa a formar parte del estándar de actuación médica.

4.2. La diligencia profesional en un entorno tecnológicamente asistido

La incorporación de estos sistemas algorítmicos transforma lo que debe entenderse por “diligencia médica”. Evangelio Llorca subraya que el profesional debe comprender, aunque no de forma técnica, las limitaciones, riesgos y sesgos del sistema de IA que emplea²⁴. La supervisión humana sigue siendo imprescindible, y la herramienta tecnológica no sustituye al juicio clínico del profesional médico.

La diligencia profesional en este contexto exige:

- Conocer razonablemente el funcionamiento general del sistema.
- Verificar la coherencia clínica de la recomendación algorítmicamente generada.
- Documentar adecuadamente el uso de la IA.
- Evitar el *automation bias*, es decir, la aceptación acrítica del resultado tecnológico o sesgo de automatización.

Uno de los riesgos más relevantes asociados al uso de sistemas de inteligencia artificial en el ámbito sanitario es el denominado *automation bias*, definido como la tendencia cognitiva del ser humano a confiar de una manera excesiva en las recomendaciones generadas por sistemas automatizados, incluso cuando existen indicios clínicos que aconsejarían una revisión crítica del resultado²⁵.

En el contexto sanitario, el *automation bias* puede manifestarse cuando el médico acepta sin contraste el diagnóstico, pronóstico o recomendación terapéutica generada por un sistema algorítmico, omitiendo comprobaciones adicionales que habría realizado en ausencia de dicha tecnología. Este comportamiento resulta especialmente problemático cuando el sistema presenta errores estadísticos, sesgos de entrenamiento o limitaciones técnicas que no son fácilmente detectables por el usuario profesional.

Desde la perspectiva jurídica, tal actuación adquiere relevancia directa en la delimitación de la *lex artis ad hoc*. La jurisprudencia ha reiterado que el médico no puede actuar de manera mecánica o acrítica, incluso cuando dispone de herramientas tecnológicas avanzadas, debiendo mantener siempre una supervisión activa y un juicio clínico autónomo. La incorporación de sistemas de IA no elimina este deber, sino que lo refuerza, al exigir del profesional una actitud vigilante frente a los resultados algorítmicos.

El *automation bias* no exonera automáticamente de responsabilidad al médico. Cuando el profesional acepta sin supervisión una recomendación manifiestamente incoherente con el cuadro clínico, puede apreciarse una infracción de la *lex artis* por falta de contraste y de diligencia razonable. Sin embargo, la valoración jurídica debe realizarse atendiendo a las circunstancias concretas del caso, especialmente al grado de explicabilidad del sistema, a la información proporcionada por el fabricante y a la posibilidad real de que el médico detectara el error.

En este sentido, el Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act) aborda indirectamente el riesgo del *automation bias* al imponer la obligación de supervisión humana efectiva en los sistemas de IA de alto riesgo. El objetivo no es trasladar al médico una responsabilidad técnica que no le corresponde, sino evitar que la automatización conduzca a una delegación acrítica

22 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Reus, Madrid, 2020, pp. 52-55

23 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 55-60

24 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 145-148.

25 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 180-185.

del juicio clínico. De este modo, cuando el sistema esté diseñado de forma opaca o sin mecanismos adecuados de control humano, el origen del daño podrá desplazarse hacia el fabricante, al tratarse de un fallo estructural del sistema y no de una negligencia clínica.

Por tanto, el *automation bias* se configura como un elemento clave en los litigios derivados del uso de IA sanitaria, al situarse en la frontera entre la responsabilidad profesional del médico y la responsabilidad objetiva del fabricante. Su correcta valoración permitirá a los tribunales determinar si el daño es imputable a una actuación clínica negligente o, por el contrario, a un defecto del sistema que inducía razonablemente a confiar en su resultado.

Si el médico se limita, únicamente, a seguir mecánicamente la recomendación del sistema sin ejercer ninguna supervisión, podría incurrir en negligencia por infracción de la *lex artis*. Si, por el contrario, el daño deriva de un fallo oculto o imprevisible del propio sistema, la responsabilidad puede desplazarse hacia el fabricante.

4.3. El consentimiento informado y el uso de IA

El consentimiento informado forma parte esencial de la *lex artis*, garantizando la autonomía del paciente. La jurisprudencia —especialmente la STS 4355/2021 y la STS 3547/2024— exige que la información sea suficiente, comprensible y adecuada a los riesgos previsibles de la propia actuación médica.

Cuando intervienen sistemas de IA, el deber de información se amplía. El paciente debe conocer:

- que se empleará un sistema algorítmico en su proceso diagnóstico o terapéutico;
- la finalidad y función del sistema;
- los riesgos y limitaciones tecnológicas razonablemente conocidas;
- la existencia de supervisión humana.

La omisión de esta información puede constituir una vulneración de la *lex artis* y dar lugar a responsabilidad del médico o del centro sanitario, conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.

4.4. La *lex artis* y las obligaciones tecnológicas: un estándar de medios reforzado

La obligación de medios que caracteriza la actuación médica se ve reforzada en contextos

o situaciones de alta complejidad técnica. Como nos indica Pereda Guinea, cuanto mayor sea la sofisticación del instrumento empleado, mayor será el deber de control por parte del profesional²⁶.

En el contexto de la IA, este deber incluye:

- determinar que el sistema es adecuado para el caso;
- conocer sus limitaciones estadísticas;
- supervisar su uso;
- contrastar los resultados con otros medios diagnósticos.

La STS 3544/2024 introduce un criterio fundamental: la asimetría técnica entre las partes justifica valorar la disponibilidad probatoria. En la práctica, esto permitirá flexibilizar la carga de la prueba cuando el paciente no tenga acceso a la información técnica del sistema de IA.

4.5. Actualización permanente del profesional ante tecnologías emergentes

La *lex artis* exige al profesional una actualización constante. Ante la acelerada evolución de la IA, esta obligación adquiere mayor relevancia. Evangelio Llorca señala que la falta de formación en el manejo de herramientas de IA puede constituir negligencia si compromete la calidad asistencial²⁷.

En esta línea, el médico debe:

- conocer los criterios de supervisión humana establecidos en el Reglamento (UE) 2024/1689;
- mantenerse informado de alertas de seguridad del software;
- formarse en la interpretación de resultados algorítmicos.

La falta de actualización puede influir en la valoración judicial de la diligencia, especialmente cuando un daño derive de un uso incorrecto o incomprendido del sistema.

Por tanto, a la vista de lo narrado anteriormente, vemos como la *lex artis* constituye el puente conceptual entre la responsabilidad médica tradicional y la responsabilidad derivada del uso de IA. No desaparece por la automatiza-

²⁶ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 55-60.

²⁷ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid,



ción, sino que se transforma. La diligencia se amplía para abarcar la supervisión tecnológica, el control del algoritmo, la transparencia informativa y la necesidad de una formación continua.

V. EL ERROR DIAGNÓSTICO Y LA IA: ¿PUEDE EQUIVOCARSE UN SISTEMA ALGORÍTMICO?

El error diagnóstico constituye uno de los supuestos más complejos y controvertidos dentro del ámbito de la responsabilidad civil médica. La determinación de cuándo un diagnóstico es erróneo y, sobre todo, cuándo dicho error es jurídicamente reproachable, requiere analizar no solo la actuación del profesional sanitario, sino también —con la incorporación de la inteligencia artificial (IA)— el funcionamiento técnico del sistema utilizado²⁸.

Tradicionalmente, el error diagnóstico se ha entendido como una desviación de la *lex artis ad hoc* que genera un daño evitable para el paciente. Pereda Guinea recuerda que no todo

error supone negligencia: solo aquel que hubiera podido evitarse aplicando los conocimientos científicos disponibles y los medios razonablemente accesibles²⁹.

La aparición de sistemas algorítmicos introduce un elemento adicional: el posible error del propio sistema de IA, cuya causa puede no residir en la conducta médica, sino en fallos técnicos, sesgos de entrenamiento o errores de programación, dependiendo del sistema de aprendizaje de la IA³⁰, como hemos tenido ocasión de ver anteriormente.

5.1. Naturaleza del error diagnóstico

El error diagnóstico puede derivar de causas humanas, organizativas o tecnológicas. Entre las más habituales se encuentran:

pp. 31-34.

29 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 31-34.

30 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 145-150.

2024, pp. 152-154.

28 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021,

- Una interpretación incorrecta de pruebas o síntomas.
- La omisión de exploraciones o pruebas complementarias razonables.
- La existencia de fallos organizativos del centro (mala transmisión de resultados, retrasos, etc.).
- La existencia de fallos técnicos o estadísticos del sistema algorítmico.

Con la incorporación de la IA, este análisis debe ampliarse para valorar si el profesional utilizó de forma adecuada el sistema, si contrastó su resultado y si ejerció supervisión activa del proceso llevado a cabo.

5.2. El error algorítmico: sesgos, fallos y limitaciones técnicas

Los sistemas de IA pueden equivocarse por múltiples razones:

- Sesgos del dataset³¹ utilizado para entrenar el algoritmo.
- Falta de representatividad de la muestra.
- Errores de programación o defectos de software.
- Limitaciones estadísticas inherentes al modelo.
- Fallo técnico del hardware o de la integración con el sistema clínico.

Evangelio Llorca señala que la “opacidad algorítmica” dificulta reconstruir el proceso interno que ha conducido al error³², lo cual agrava los problemas de acreditación del nexo causal.

5.3. Supervisión humana y deber de contraste

El profesional sanitario no puede delegar de manera acrítica su juicio clínico en el sistema de la IA. La jurisprudencia subraya que el médico debe valorar de forma autónoma la información diagnóstica y emplear juicio profesional incluso cuando utiliza herramientas avanzadas.

Por ello, la diligencia médica exige:

- Comprobar la coherencia clínica del resultado generado por la IA.
- Contrastar el diagnóstico con otros datos clínicos.
- Solicitar pruebas adicionales cuando exista discrepancia.
- Documentar por qué sigue —o no— la recomendación algorítmica.

5.4. Disfunciones organizativas y responsabilidad del centro sanitario

El error diagnóstico también puede originarse en fallos organizativos del centro, como:

- Falta de mantenimiento o actualización del sistema de IA.
- Deficiente integración del software con las herramientas clínicas.
- Ausencia de formación del personal.

La STS 4355/2021 refuerza la responsabilidad del centro cuando el daño se vincula a fallos estructurales o de organización. En el caso de IA, esta responsabilidad es especialmente relevante, pues los centros tienen la obligación de garantizar la seguridad tecnológica del sistema.

5.5. Daño desproporcionado y pérdida de oportunidad en contextos de IA

La doctrina del daño desproporcionado permite presumir negligencia cuando el resultado es incompatible con los riesgos inherentes al acto médico. Aunque aplicable con cautela, puede resultar útil cuando la IA genera diagnósticos manifiestamente erróneos, sin que exista una explicación razonable³³.

La pérdida de oportunidad será relevante cuando el algoritmo genera retrasos, clasificaciones erróneas o fallos que reducen las posibilidades de curación. Pereda Guinea destaca que esta figura permite indemnizar la probabilidad perdida cuando no puede probarse una relación causal plena³⁴.

5.6. El nexo causal en sistemas algorítmicos

El nexo causal es especialmente problemático en la IA debido a la opacidad de los modelos de *machine learning*. Las SSTS 3544/2024 y 3547/2024 introducen el criterio de la disponibi-

31 Definimos *dataset* como la colección organizada de información, estructurada en filas y columnas (como una hoja de cálculo) o en otros formatos (imágenes, audio) para facilitar su análisis, procesamiento y la extracción de patrones o conocimientos, sirviendo como base fundamental de la inteligencia artificial.

32 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 133-145.

33 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 55-59.

34 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021,

lidad probatoria, esencial cuando el paciente no tiene acceso al funcionamiento interno del sistema.

En litigios sobre IA, esto puede traducirse en:

- Inversiones o flexibilizaciones de la carga de la prueba.
- Exigencia de mayor documentación al fabricante.
- Necesidad de auditorías técnicas.

La complejidad técnica del sistema exige adaptar el análisis causal para evitar situaciones de indefensión.

De este modo, comprobamos como la interacción entre error humano y error algorítmico obliga a revisar los parámetros tradicionales de análisis del error diagnóstico en el ámbito de la medicina. La clave será determinar si el daño se debe a una actuación negligente del profesional, a un fallo del sistema de IA o a una combinación de ambos.

VI. MARCO NORMATIVO EUROPEO: REGLAMENTO DE IA 2024/1689 Y DIRECTIVA DE PRODUCTOS

La regulación por parte de la Unión Europea de la inteligencia artificial marca un punto de inflexión en la atribución de responsabilidad cuando estos sistemas son utilizados en el ámbito sanitario³⁵. El Reglamento (UE) 2024/1689 de Inteligencia Artificial —conocido como AI Act— constituye la primera normativa integral sobre IA en el mundo y tiene especial incidencia en los sistemas destinados al diagnóstico médico, los cuales se clasifican expresamente como sistemas de alto riesgo, en virtud de los artículos 6 y 7, como veremos a continuación.

El análisis jurídico del AI Act y de la Directiva de Responsabilidad por Productos Defectuosos resulta imprescindible para determinar en qué supuestos debe responder el médico y en cuáles el fabricante del sistema algorítmico³⁶.

6.1. El concepto jurídico de “sistema de IA” en el AI Act

El artículo 3 del Reglamento define el sistema de IA como un software capaz de generar

resultados mediante técnicas de aprendizaje automático, lógica y estadística. La definición se aparta del enfoque puramente tecnológico y adopta un criterio funcional, centrado en la capacidad del sistema de inferir, predecir o recomendar decisiones.

Esta definición es crucial, ya que incluye expresamente los sistemas utilizados para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico, integrándolos dentro del ámbito regulatorio europeo, conforme se establece en el considerando 48 del reglamento.

6.2. Clasificación como sistema de alto riesgo

Según el artículo 6 del AI Act, son sistemas de alto riesgo aquellos que pueden generar un impacto significativo en derechos fundamentales, entre ellos la vida y la integridad física. Los sistemas sanitarios de IA se encuadran específicamente en:

- Anexo III, categoría 5: sistemas utilizados como herramientas de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Esta clasificación implica una serie de obligaciones reforzadas para el fabricante, el proveedor y los usuarios profesionales, conforme se establece en los artículos 8 a 15.

6.3. Obligaciones del proveedor/fabricante según el AI Act

El fabricante de un sistema de IA sanitario debe cumplir estrictos requisitos, entre ellos:

6.3.1. Gestión del riesgo

Debe evaluarse, documentarse y minimizarse el riesgo asociado al diseño, entrenamiento, validación y uso del sistema, a la vista de lo establecido en el artículo 9.

6.3.2. Calidad y gobernanza de los datos

El fabricante debe garantizar:

- representatividad de los datos,
- ausencia de sesgos indebidos,
- adecuada segmentación poblacional,
- integridad y trazabilidad del *dataset*, conforme lo dispuesto en el artículo 10.

pp. 56-59.

³⁵ Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024.

³⁶ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y*

derecho de daños: cuestiones actuales, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 95-110.

6.3.3. Documentación técnica y explicabilidad

El Reglamento exige documentación suficiente que permita comprobar el funcionamiento del sistema, los criterios estadísticos empleados y los parámetros de entrenamiento, conforme el artículo 11. Aunque no exige transparencia total, sí requiere un grado de explicabilidad que permita evaluar la seguridad del sistema.

6.3.4. Supervisión humana garantizada

Los sistemas sanitarios de IA deben diseñarse de modo que nunca sustituyan la decisión humana, sino que estén sometidos a la supervisión efectiva del profesional, ex artículo 14. Este principio resulta esencial para delimitar responsabilidades entre médico y fabricante.

6.3.5. Requisitos de ciberseguridad

El fabricante debe garantizar que el sistema es resistente frente a alteraciones, fallos o manipulaciones que puedan comprometer su comportamiento, como establece el artículo 15.

6.4. Obligaciones del usuario profesional (en nuestro caso, médico o centro sanitario)

El profesional que utiliza un sistema de IA también queda sujeto al AI Act. Entre sus obligaciones destacan:

- Usar el sistema conforme a las instrucciones del fabricante.
- Controlar y supervisar el resultado algorítmico.
- Verificar la coherencia del diagnóstico.
- Informar sobre incidentes graves en la fase postcomercialización.
- Mantener formación actualizada sobre el funcionamiento del sistema³⁷.

Estas obligaciones serán clave para distinguir cuándo responde el médico y cuándo lo hace el fabricante.

6.5. Directiva de Responsabilidad por Productos Defectuosos y su reforma

La Directiva Europea de Responsabilidad por Productos Defectuosos (1985/374/CEE) establecía un régimen de responsabilidad objetiva para fabricantes cuando un producto presenta un defecto que causa daños³⁸.

³⁷ Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 18-25

³⁸ Directiva 85/374/CEE, del Consejo, de 25 de julio

Si bien, desde la perspectiva de la responsabilidad civil, el AI Act se complementa con el régimen europeo de responsabilidad por productos defectuosos. La nueva Directiva (UE) 2024/2853, de 23 de octubre de 2024, establece un nuevo marco normativo en esta materia y deroga formalmente la Directiva 85/374/CEE. No obstante, la nueva Directiva solo será aplicable a los productos introducidos en el mercado o puestos en servicio a partir del 9 de diciembre de 2026, manteniéndose hasta entonces la aplicación práctica del régimen clásico para los supuestos anteriores³⁹.

Este régimen resulta especialmente relevante en el ámbito de la inteligencia artificial en el ámbito sanitario, donde el daño puede derivar directamente del funcionamiento interno del sistema y no de la actuación del profesional sanitario⁴⁰.

6.5.1. Concepto de producto defectuoso

De conformidad con la Directiva (UE) 2024/2853, un producto es defectuoso cuando no ofrece la seguridad que legítimamente cabe esperar, teniendo en cuenta, conforme lo dispuesto en el artículo 7:

- su modo de presentación,
- el uso razonablemente previsible,
- el momento de su puesta en el mercado o en servicio,
- el estado de los conocimientos científicos y técnicos.

Aplicado a los sistemas de inteligencia artificial, un producto será defectuoso cuando el algoritmo genere resultados incorrectos, incoherentes o peligrosos como consecuencia de fallos de diseño, entrenamiento, documentación, actualización o gobernanza de los datos, sin que sea exigible al paciente demostrar el error técnico concreto del sistema⁴¹.

6.5.2. Responsabilidad objetiva del fabricante

El régimen de productos defectuosos se basa en la responsabilidad objetiva, de modo que no es necesario acreditar culpa o negligencia

de 1985.

³⁹ Así viene establecido en el artículo 2 y en las disposiciones transitorias de la mencionada Directiva.

⁴⁰ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 32-33.

⁴¹ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 105-115.



cia del fabricante, conforme establece la Directiva. El perjudicado debe probar únicamente:

- la existencia del defecto,
- el daño sufrido,
- y la relación de causalidad entre ambos.

Este modelo resulta especialmente adecuado en el ámbito de la inteligencia artificial, dada la complejidad técnica de los sistemas algorítmicos y la imposibilidad práctica de que el paciente acceda al código fuente, al *dataset* o a la lógica interna del modelo⁴².

6.5.3. Incumplimiento del AI Act como indicio de defecto

El incumplimiento por parte del fabricante

de las obligaciones impuestas por el Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act) —tales como la falta de documentación técnica suficiente, la ausencia de supervisión humana, la utilización de datos sesgados o la inexistencia de mecanismos de gestión del riesgo— puede operar como indicio cualificado o presunción de defecto del producto, y así se indica en los artículo 9 a 15.

Este vínculo entre el AI Act y el régimen de productos defectuosos refuerza la protección del paciente y facilita la imputación de responsabilidad cuando el daño derive del funcionamiento interno del sistema de IA⁴³.

6.6. Interacción entre el AI Act y la responsabilidad por productos

42 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 18-22.

43 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp.32-33.

La combinación del AI Act y la Directiva de Productos genera un sistema robusto en el que:

- el médico responde por negligencia si usa incorrectamente el sistema o no lo supervisa,
- el fabricante responde objetivamente si el fallo deriva del diseño, programación o entrenamiento del algoritmo,
- el centro sanitario puede responder por fallos de integración, mantenimiento o formación⁴⁴.

El marco regulatorio establecido en el ámbito europeo establece un modelo claro. Los sistemas de IA sanitaria son de alto riesgo y su seguridad es responsabilidad directa del fabricante. El médico no puede ser tratado como un perito informático, sino que su deber consiste en supervisar, interpretar y actuar prudentialmente. Cuando el daño derive de la estructura técnica del sistema, la responsabilidad deberá dirigirse contra el fabricante⁴⁵.

VII. Responsabilidad civil por productos defectuosos aplicados a sistemas de IA

La responsabilidad por productos defectuosos constituye un régimen autónomo y objetivo que cobra especial relevancia cuando el daño no se debe a una actuación negligente del médico, sino a un fallo técnico del sistema de inteligencia artificial⁴⁶. En estos casos, el eje de imputación se desplaza desde la conducta profesional hacia el diseño, fabricación, entrenamiento o funcionamiento del algoritmo, ámbitos bajo control del fabricante o desarrollador.

La Directiva (UE) 2024/2853 sobre responsabilidad por los daños causados por productos defectuosos —que deroga la Directiva 85/374/CEE— establece un sistema de responsabilidad objetiva del fabricante cuando el producto no ofrece la seguridad que cabría legítimamente esperar. No obstante, dicho régimen será aplicable únicamente a los productos introducidos en el mercado o puestos en servicio a partir del 9 de diciembre de 2026, mante-

niéndose hasta entonces la aplicación del régimen clásico⁴⁷.

En efecto, la Directiva (UE) 2024/2853 establece que su aplicación material queda limitada a los productos introducidos en el mercado o puestos en servicio a partir del 9 de diciembre de 2026. En consecuencia, los daños causados por productos comercializados con anterioridad a dicha fecha continúan rigiéndose por el régimen de la Directiva 85/374/CEE, aun cuando el daño se produzca con posterioridad a la entrada en vigor formal de la nueva norma.

Este régimen transitorio responde a los principios de seguridad jurídica y de irretroactividad de las normas sancionadoras o desfavorables, evitando que los fabricantes vean alterado *ex post* el marco de responsabilidad aplicable a productos ya comercializados. Desde la perspectiva de la responsabilidad civil, ello implica que, durante un periodo prolongado, ambos regímenes convivirán en la práctica, siendo determinante la fecha de puesta en el mercado del producto defectuoso para identificar la norma aplicable.

En el ámbito de la inteligencia artificial sanitaria, esta convivencia normativa resulta especialmente relevante. Muchos sistemas de IA actualmente en uso han sido introducidos en el mercado con anterioridad a la fecha de aplicación de la Directiva 2024/2853, por lo que los daños derivados de su funcionamiento seguirán analizándose conforme al régimen clásico de la Directiva 85/374/CEE. Sin embargo, los nuevos sistemas de IA que se comercialicen a partir de diciembre de 2026 quedarán plenamente sometidos al nuevo marco, que amplía la noción de producto, refuerza la posición del perjudicado y flexibiliza la carga de la prueba en contextos de opacidad tecnológica.

De este modo, el régimen transitorio no supone una ruptura abrupta, sino una transición progresiva hacia un sistema de responsabilidad más adecuado a los riesgos tecnológicos actuales, en el que el fabricante asume un papel central como garante de la seguridad del producto, especialmente cuando se trate de sistemas de inteligencia artificial de alto riesgo.

7.1. Concepto de producto defectuoso aplicado al software y a la IA

De acuerdo con la Directiva (UE) 2024/2853, un producto es defectuoso cuando no propor-

44 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 31-32.

45 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 22-25.

46 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 33-34.

47 Directiva (UE) 2024/2853, art. 21, al respecto del régimen transitorio y ámbito temporal de aplicación.

ciona la seguridad que legítimamente cabe esperar, considerando su presentación, el uso razonablemente previsible y el estado de los conocimientos técnicos, conforme se desprende de lo dispuesto en el artículo 7, como ahora veremos. Aplicado a la IA, un sistema será defectuoso cuando genere diagnósticos incorrectos como consecuencia de sesgos de datos, errores de diseño o falta de actualizaciones⁴⁸.

La apreciación del defecto debe realizarse desde la perspectiva del usuario final —el paciente— y no desde criterios técnicos internos del fabricante, conforme a la doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en sentencia C-509/13, de 5 de marzo de 2015.

7.2. Tipología de defectos en sistemas de IA

La doctrina distingue varios tipos de defectos aplicables a los algoritmos médicos:

⁴⁸ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 155-165.

7.2.1. Defecto de diseño

Se produce cuando la arquitectura del modelo o la metodología de entrenamiento generan riesgos inherentes, como datasets no representativos o modelos carentes de explicabilidad suficiente⁴⁹.

7.2.2. Defecto de fabricación

Afecta a errores en la implementación concreta del software, tales como fallos en el código fuente o incompatibilidades técnicas⁵⁰.

7.2.3. Defecto de instrucciones o advertencias

El fabricante responde cuando las instrucciones son insuficientes, ambiguas o no informan adecuadamente sobre los límites del sistema.

⁴⁹ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 155-165.

⁵⁰ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 33-35.



7.2.4. Defecto de actualización

La falta de actualizaciones de seguridad o de corrección de errores puede convertir en defectuoso un sistema inicialmente conforme⁵¹.

7.3. Responsabilidad objetiva del fabricante

El régimen de productos defectuosos se basa en la responsabilidad objetiva, sin necesidad de acreditar culpa del fabricante. El perjudicado debe probar únicamente el defecto, el daño y la relación causal, conforme lo dispuesto en el artículo 11 de la Directiva. Este modelo resulta especialmente adecuado en el ámbito de la IA, dada la asimetría técnica existente⁵².

7.4. Carga de la prueba y presunciones

La Directiva (UE) 2024/2853 introduce mecanismos de flexibilización probatoria, permitiendo presunciones de defecto o causalidad cuando el fabricante no facilita documentación técnica suficiente, a la vista de lo manifestado en los artículos 9 y 10. Esta línea es coherente con la jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo sobre disponibilidad probatoria, entre otras con la STS 3544/2024, de 18 de junio.

7.5. Sujetos responsables más allá del fabricante

El régimen europeo amplía el concepto de fabricante a importadores, distribuidores y operadores que modifiquen sustancialmente el sistema o lo introduzcan en el mercado, conforme establece el apartado 2º del artículo 8.

7.6. Interacción con la responsabilidad médica

Cuando el daño deriva de un defecto técnico del sistema, responde el fabricante; si deriva de un uso negligente, responde el médico; y si concurren ambos factores, puede apreciarse responsabilidad solidaria⁵³.

⁵¹ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 33-35.

⁵² Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 30-32.

⁵³ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 33-35.

VIII. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO POR USO DE IA: CULPA *IN ELIGENDO*, *IN VIGILANDO* Y EN CUSTODIA

La responsabilidad del médico en el uso de sistemas de inteligencia artificial debe analizarse aplicando las categorías clásicas de culpa profesional adaptadas al entorno tecnológico. Aunque la IA actúe como herramienta de apoyo, el profesional sigue siendo el responsable último de la decisión clínica, según reiteran la STS 1639/2016 y la STS 4355/2021.

8.1. Culpa *in eligendo*: elección del sistema de IA

El médico —o el centro sanitario, según la organización interna existente— debe seleccionar las herramientas tecnológicamente adecuadas y validadas. La culpa *in eligendo* puede apreciarse cuando:

- se utiliza un sistema no certificado o no actualizado,
- se elige un algoritmo inapropiado para la patología,
- no se revisan advertencias o limitaciones del fabricante.

Evangelio Llorca subraya que la selección de herramientas tecnológicas forma ya parte del estándar profesional de diligencia⁵⁴.

8.2. Culpa *in vigilando*: supervisión del funcionamiento del sistema

La STS 1639/2016 exige que el profesional no actúe mecánicamente, sino que mantenga supervisión constante. La culpa *in vigilando* aparecerá cuando el médico:

- acepta de forma automática el diagnóstico algorítmico,
- omite contrastar el resultado con la historia clínica,
- ignora alertas o incoherencias del sistema,
- no solicita pruebas complementarias cuando el algoritmo genera incertidumbre.

El AI Act refuerza este deber al establecer como requisito esencial la supervisión humana efectiva, conforme dispone el artículo 14.

8.3. Culpa en custodia: conservación, mantenimiento y uso correcto

⁵⁴ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 135-145, culpa *in eligendo* y selección de herramientas tecnológicas en el ejercicio médico.

La culpa en custodia se refiere al deber de uso adecuado de la herramienta tecnológica. Incluye:

- verificar actualizaciones obligatorias,
- usar el sistema conforme a instrucciones del fabricante,
- notificar incidentes graves,
- evitar configuraciones o usos no autorizados.

Cuando el daño se debe a un uso incorrecto del sistema, la responsabilidad debe recaer, en todo caso, en el médico o en el centro sanitario.

8.4. Estándar reforzado de diligencia en contextos de IA

Pereda Guinea explica que, cuanto mayor sea la complejidad técnica del instrumento, mayor será la exigencia de vigilancia⁵⁵. En consecuencia, el médico debe:

- conocer de forma razonable el funcionamiento general del sistema,
- identificar riesgos y limitaciones estadísticas,
- documentar decisiones clínicas cuando el algoritmo intervenga.

La falta de formación puede ser considerada negligencia cuando compromete la calidad asistencial⁵⁶.

8.5. Relevancia del consentimiento informado

La STS 4355/2021 recuerda que el consentimiento informado es parte de la *lex artis*. Su omisión genera responsabilidad incluso si el acto médico fue técnicamente correcto. En contextos de IA, en todo caso, el médico debe informar al paciente sobre:

- el uso del sistema automatizado,
- sus funciones y beneficios,
- riesgos y limitaciones,
- existencia de supervisión humana.

Por tanto, a la vista de lo anterior, podemos resumir que el médico responde cuando falla en la elección del sistema, en su supervisión o en su uso correcto. La responsabilidad del fabricante no exime al profesional de cumplir con sus deberes de diligencia, vigilancia y formación. Solo una utilización prudente y documentada de la IA permite deslindar claramente su responsabilidad de la atribuible al productor, conforme se establece en los artículos 4 y 8 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La progresiva incorporación de sistemas robóticos e inteligentes en la práctica médica obliga a replantear el contenido del consentimiento informado, que ya no puede limitarse a los riesgos puramente clínicos del acto médico. Cuando intervienen tecnologías avanzadas, el paciente debe ser informado no solo del procedimiento, sino también del grado de automatización, del papel de la inteligencia artificial en la toma de decisiones y de la existencia de supervisión humana efectiva. Esta ampliación del deber informativo resulta esencial para preservar la autonomía del paciente y constituye, además, un elemento determinante en la delimitación de la *lex artis* y de la eventual responsabilidad civil derivada del uso de sistemas tecnológicos complejos⁵⁷.

IX. RESPONSABILIDAD DEL FABRICANTE/DESARROLLADOR: DEFECTO DE PRODUCTO Y FALLO DEL SISTEMA

La responsabilidad del fabricante o del desarrollador en materia de inteligencia artificial, aplicada al ámbito sanitario, constituye uno de los elementos más determinantes para fijar quién debe responder cuando un daño deriva directamente del funcionamiento del algoritmo. Frente al modelo clásico de responsabilidad médica —fundado en la *lex artis*—, el régimen aplicable al fabricante se asienta, como ya hemos tenido ocasión de comprobar anteriormente, sobre la responsabilidad objetiva por producto defectuoso, actualmente regulada por la Directiva (UE) 2024/2853, de 23 de octubre de 2024, y complementada por las obligaciones preventivas impuestas por el Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act).

La doctrina ha resaltado que la aparición de algoritmos entrenados con grandes volúmenes

⁵⁵ Pereda Guinea, Pablo, *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 34-36, al respecto del estándar reforzado de diligencia y uso de tecnologías complejas en la práctica clínica).

⁵⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, arts. 4 y 8, respecto de la información clínica y el consentimiento informado.

⁵⁷ García Garnica, M. C., *Consentimiento informado y privacidad en el marco de la cirugía 4.0*, Revista de Derecho Civil, 2024, esp. sobre la adaptación del consentimiento informado a tecnologías robóticas e inteligentes, pp. .

de datos, susceptibles de fallar por sesgos o por deficiencias técnicas entre otras causas, obliga a desplazar el análisis de responsabilidad hacia quien diseña, entrena y comercializa el sistema. En este sentido, Pereda Guinea señala que, en tecnologías altamente especializadas, el médico no puede erigirse en garante de un funcionamiento que no controla, siendo el fabricante quien asume el deber primario de garantizar la seguridad del sistema⁵⁸.

9.1. El fabricante como garante de la seguridad del sistema de IA

El AI Act configura al fabricante como responsable integral del ciclo de vida del sistema de IA. Sus obligaciones abarcan:

- el diseño seguro (*safety by design*),
- la gobernanza del dato y la mitigación de sesgos,
- la documentación y trazabilidad de los procesos,
- el mantenimiento, actualizaciones y supervisión poscomercialización.

La lógica es clara. Quien controla el entrenamiento, los parámetros y el funcionamiento interno del sistema o del algoritmo es quien debe responder cuando el sistema no actúa con la seguridad legítimamente esperable, conforme establece la propia IA Act.

9.2. Obligaciones esenciales del fabricante según el AI Act

El Reglamento (UE) 2024/1689 clasifica los sistemas de IA sanitaria como sistemas de alto riesgo, imponiendo obligaciones reforzadas cuyo incumplimiento puede constituir un indicio cualificado de defecto del producto a efectos de la Directiva (UE) 2024/2853⁵⁹.

9.2.1. Gobernanza del dato y control de sesgos

El fabricante debe garantizar que los datos utilizados, conforme al artículo 10 del AI Act:

- son representativos de la población relevante,
- no contienen sesgos significativos,
- cubren adecuadamente la diversidad clínica.

⁵⁸ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 61-63.

⁵⁹ Reglamento (UE) 2024/1689, Anexo III y arts. 8-15.

Evangelio Llorca advierte que los sesgos en datos clínicos pueden traducirse en diagnósticos erróneos sistemáticos, generando responsabilidad directa del desarrollador⁶⁰.

9.2.2. Documentación técnica y trazabilidad

El sistema debe ir acompañado de documentación suficiente, conforme al artículo 11 del AI Act, relativa a:

- modelo y arquitectura,
- parámetros de entrenamiento,
- métodos de validación,
- límites funcionales y riesgos identificados.

La Directiva (UE) 2024/2853 prevé que la ausencia o insuficiencia de esta documentación pueda justificar presunciones de defecto en favor del perjudicado.

9.2.3. Supervisión humana incorporada al diseño

El sistema debe permitir al profesional:

- comprender la lógica general de la recomendación,
- detectar incoherencias,
- rechazar o modificar decisiones algorítmicas.

La falta de mecanismos de supervisión humana efectiva puede constituir defecto de diseño, imputable directamente al fabricante, conforme al artículo 14 del AI Act.

9.2.4. Robustez, seguridad y ciberseguridad

El fabricante debe asegurar que el algoritmo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15:

- resiste fallos internos,
- mantiene estabilidad operativa,
- recibe actualizaciones de seguridad,
- no puede ser manipulado externamente⁸.

9.2.5. Supervisión poscomercialización

El AI Act exige a los proveedores de sistemas de alto riesgo disponer de un sistema de vigilancia poscomercialización, conforme al artículo 72, así como la obligación de notificar incidentes graves a las autoridades competentes,

⁶⁰ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 150-155.

conforme al artículo 73, entendiéndose por incidente grave el definido en el artículo 3.49.

9.3. Identificación del defecto en sistemas de IA

Conforme al artículo 6 de la Directiva (UE) 2024/2853, un sistema de IA es defectuoso cuando no ofrece la seguridad que legítimamente cabe esperar, atendiendo al uso razonablemente previsible y al estado de los conocimientos técnicos.

El TJUE, en el asunto C-503/13, ha señalado que la seguridad esperable debe valorarse desde la perspectiva del usuario final, incluso en escenarios clínicos complejos.

9.4. Régimen de responsabilidad objetiva

El perjudicado debe acreditar exclusivamente:

1. la existencia del defecto,
2. el daño sufrido,
3. el nexo causal.

No es necesario demostrar culpa del fabricante. La STS 3544/2024 y la STS 3547/2024 refuerzan este planteamiento al admitir presunciones razonables de causalidad en contextos de asimetría técnica.

9.5. Tipología de defectos imputables al fabricante

9.5.1. Defecto de diseño

Entrenamiento sesgado, arquitectura inadecuada o validación clínica insuficiente.

9.5.2. Defecto de fabricación

Errores de código, librerías o integración con sistemas clínicos.

9.5.3. Defecto de instrucciones

Omisión de advertencias esenciales o información técnica insuficiente.

9.5.4. Defecto de actualización

La falta de actualización puede constituir un defecto autónomo del producto, como subraya Pereda Guinea⁶¹.

9.6. Responsabilidad de distribuidores, importadores y proveedores

La Directiva (UE) 2024/2853 amplía el concepto de responsable a quienes introducen, modifican o prestan servicios esenciales sobre el sistema, conforme a su artículo 4.

9.7. Interacción entre responsabilidad del fabricante y responsabilidad médica

- Fallo algorítmico, responde el fabricante
- Uso clínico negligente, responde el médico, en su caso, el centro clínico, dependiendo de su organización
- Fallo técnico + mala supervisión, se establece una responsabilidad solidaria

El AI Act refuerza esta delimitación, evitando que el profesional asuma fallos estructurales que escapan a su control.

X. INTERACCIÓN ENTRE RESPONSABILIDAD MÉDICA Y RESPONSABILIDAD DEL PRODUCTOR

La interacción entre la responsabilidad del médico y la del fabricante o productor constituye el núcleo del debate jurídico cuando un sistema de inteligencia artificial interviene en el proceso asistencial⁶². El análisis debe partir de una regla o premisa esencial: médico y fabricante no actúan en planos paralelos, sino interdependientes. El médico utiliza una herramienta cuyo funcionamiento no controla plenamente, mientras que el fabricante diseña un sistema cuyo uso final depende del juicio clínico del profesional⁶³.

La progresiva interconexión entre los sistemas de inteligencia artificial sanitaria y los datos de salud electrónicos exige integrar, junto al AI Act, el nuevo marco del Espacio Europeo de Datos de Salud. El Reglamento (UE) 2025/327 introduce obligaciones específicas en relación con el acceso, reutilización y gobernanza de los datos de salud, que inciden directamente en la atribución de responsabilidad cuando dichos datos alimentan sistemas algo-

pp. 61-63.

62 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 172-176.

63 Directiva (UE) 2024/2853, art. 1; Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act), arts. 8-15.

61 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021,

rítmicos⁶⁴.

En particular, esta norma regula el uso de los datos de salud electrónicos, imponiendo garantías reforzadas de seguridad, trazabilidad, minimización y control de accesos, así como la obligación de que los responsables del tratamiento aseguren que los datos utilizados sean adecuados, pertinentes y técnicamente fiable². Estas exigencias adquieren especial relevancia cuando los datos son empleados para entrenar, validar o actualizar sistemas de IA de alto riesgo en el ámbito sanitario.

Desde la perspectiva de la responsabilidad civil, el incumplimiento de estas obligaciones puede constituir un indicio cualificado de defecto del sistema algorítmico, en la medida en que un fallo en la calidad, integridad o gobernanza del dato puede traducirse en diagnósticos erróneos o decisiones clínicas incorrectas, conforme establece la propia norma en sus artículos 100 y siguientes. En consecuencia, el marco del EEDS refuerza la imputación de responsabilidad al fabricante o proveedor del sistema de IA cuando el daño tenga su origen en un uso inadecuado o ilícito de datos de salud electrónicos, sin que pueda trasladarse dicha carga al profesional sanitario que actúa conforme a la *lex artis*.

10.1. Dos esferas de responsabilidad complementarias, no excluyentes

La responsabilidad médica se rige por la *lex artis*, basada en la diligencia profesional; la responsabilidad del fabricante, por el régimen objetivo derivado del defecto del producto, actualmente configurado por la Directiva (UE) 2024/2853 y complementado por el AI Act. No compiten entre sí, sino que cada una actúa sobre un ámbito distinto del proceso clínico.

- El médico responde por actos profesionales negligentes: falta de supervisión, uso acrítico del algoritmo, elección de un sistema inadecuado o incumplimiento del deber de información.
- El fabricante responde por defectos de diseño, fabricación, instrucciones o actualización del sistema.

Cuando ambos factores concurren —fallo técnico y mala supervisión— puede apreciarse responsabilidad solidaria.

10.2. Supuestos en los que responde exclusivamente el médico

La responsabilidad del médico será plena cuando el daño derive de:

- aceptación acrítica del resultado algorítmico,
- omisión del contraste clínico de la recomendación,
- uso del sistema fuera de las indicaciones del fabricante,
- falta de supervisión o verificación razonable,
- ausencia de consentimiento informado específico respecto al uso de IA.

En estos casos, el algoritmo actúa como una herramienta más, por lo que el error es imputable al profesional conforme a la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo⁶⁵.

10.3. Supuestos en los que responde exclusivamente el fabricante

El fabricante responde cuando el daño deriva de un fallo interno del sistema, no detectable por un médico razonablemente diligente. Ello incluye:

- errores de programación,
- sesgos estructurales no advertidos,
- fallos de aprendizaje o predicciones incoherentes,
- instrucciones insuficientes o engañosas,
- defectos de actualización que deterioran la precisión.

En estos supuestos resulta determinante la doctrina jurisprudencial sobre facilidad y disponibilidad probatoria: cuando el paciente no puede acceder a la información técnica del sistema, procede flexibilizar la carga de la prueba en su favor, exigiendo al fabricante la aportación de la documentación relevante, conforme establece la Jurisprudencia del TJUE.

10.4. Supuestos de responsabilidad concurrente o solidaria

Puede existir responsabilidad compartida cuando se combinan:

- defectos del sistema (sesgo, error, falta de actualización), y

64 Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud (DOUE L, 5.3.2025).

65 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 165-175.

- falta de supervisión médica (no contrastar, no verificar, usar un sistema inapropiado).

Ejemplo típico es aquel en que un algoritmo infravalora una lesión y el médico acepta el resultado sin comprobaciones adicionales. En estos casos, el juez puede distribuir la responsabilidad atendiendo a criterios de proporcionalidad, disponibilidad probatoria y grado de control de cada agente, conforme las obligaciones propias que la norma le impone.

10.5. El papel del centro sanitario como tercer eje de responsabilidad

El centro sanitario puede responder:

- por culpa organizativa (falta de formación o integración deficiente del sistema),
- por riesgo empresarial conforme al artículo 1903 del Código Civil,
- como usuario profesional del sistema según el AI Act.

El centro será responsable cuando el daño derive de:

- fallos en la instalación o configuración del sistema,
- ausencia de formación suficiente del personal,
- uso de versiones obsoletas o no actualizadas.

10.6. Criterios prácticos para delimitar responsabilidades

La doctrina identifica varios parámetros útiles para resolver estos supuestos complejos:

- esfera de control: quién podía evitar el daño,
- previsibilidad del fallo: técnico o clínico,
- transparencia del sistema: acceso razonable a la información,
- conducta esperable del médico: supervisión, contraste y documentación,
- cumplimiento del AI Act por parte del fabricante.

Estos criterios permiten individualizar correctamente a quién debe dirigirse la reclamación.

Vemos como la interacción entre médico y fabricante exige diferenciar con precisión el ori-



gen del daño. Si procede del funcionamiento interno del sistema, responde el fabricante; si procede del uso clínico negligente, responde el médico. En situaciones mixtas, la imputación podrá ser concurrente o solidaria.

Este esquema permite resolver la cuestión central que estamos tratando: cuando un daño deriva de un sistema de IA, la reclamación debe dirigirse al fabricante si el fallo es tecnológico, y al médico si el error es clínico.

XI. JURISPRUDENCIA RELEVANTE EN RESPONSABILIDAD MÉDICA Y TECNOLÓGICA

Pasamos a analizar varias resoluciones jurisprudenciales relevantes para comprender la distribución de responsabilidad cuando interviene un sistema de inteligencia artificial en el proceso asistencial.

11.1. STS 4355/2021, de 30 de noviembre: consentimiento informado en contextos tecnológicos

En esta resolución, el Tribunal Supremo recuerda que el consentimiento informado forma parte esencial de la *lex artis*, incluso cuando el acto médico es técnicamente correcto. La sentencia exige que el paciente conozca:

- los riesgos del procedimiento,
- las alternativas razonables,
- la tecnología empleada.

Aplicado a la IA, el médico debe, en todo caso, informar al paciente de:

- el uso de sistemas algorítmicos,
- sus funciones y limitaciones,
- el papel de la supervisión humana,
- la posibilidad de error.

La omisión de esta información puede generar responsabilidad autónoma, con independencia de la corrección técnica del acto médico, conforme los artículos 4 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

11.2. SSTs 3544/2024 y 3547/2024: asimetría técnica y flexibilización de la carga de la prueba

Las SSTs 3544/2024 y 3547/2024 introducen un criterio especialmente relevante para los litigios tecnológicos: la asimetría técnica y pro-

batoria. El Tribunal Supremo reconoce que el perjudicado carece de los conocimientos y del acceso a la información necesarios para demostrar un fallo técnico complejo, lo que justifica una flexibilización de la prueba del defecto o del nexo causal.

Este criterio resulta plenamente aplicable a los sistemas de IA sanitaria, caracterizados por:

- opacidad algorítmica (*black box*),
- inaccesibilidad al código algorítmico,
- control exclusivo de la información técnica por parte del fabricante.

Estas resoluciones permiten fundamentar presunciones de defecto o causalidad cuando el sistema ofrece resultados manifiestamente incoherentes⁶⁶.

11.3. Jurisprudencia europea en materia de productos defectuosos

Aunque la jurisprudencia del TJUE no se ha pronunciado todavía de forma directa sobre sistemas de IA médica, sus criterios en materia de productos defectuosos continúan siendo plenamente aplicables, tanto bajo la Directiva 85/374/CEE como bajo la futura Directiva (UE) 2024/2853⁶⁷:

- El defecto debe valorarse desde la perspectiva del usuario final, no del fabricante (asunto C-503/13).
- El producto es defectuoso cuando no ofrece la seguridad que legítimamente cabe esperar (asuntos acumulados C-621/15 y C-623/15).
- Puede presumirse el defecto cuando el fabricante no aporta documentación técnica suficiente, atendiendo a la asimetría informativa.

Estos criterios refuerzan la imputación al productor en supuestos de fallos algorítmicos de diseño, entrenamiento o actualización⁶⁸.

11.4. Jurisprudencia sobre responsabilidad del centro sanitario

La jurisprudencia tradicional sobre responsabilidad del centro sanitario resulta igualmente

⁶⁶ Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 25-40.

⁶⁷ Así se desprende de la Sentencia del TJUE, asunto C-503/13.

⁶⁸ Sentencias del TJUE, asuntos acumulados C-621/15

trasladable a entornos de IA⁶⁹, especialmente en supuestos de:

- culpa organizativa,
- deficiencias en la formación del personal,
- fallos en la instalación, integración o mantenimiento de sistemas técnicos.

Cuando el daño deriva de una integración deficiente del sistema de IA en el flujo clínico, la responsabilidad puede recaer directamente sobre el centro sanitario conforme al artículo 1903 del Código Civil⁷⁰.

XII. Carga de la prueba en contextos de IA: opacidad, caja negra y explicabilidad

La inteligencia artificial aplicada a la medicina introduce importantes desafíos probatorios debido a su estructura algorítmica opaca y, en muchos casos, no interpretable⁷¹. La denominada *caja negra* o *black box* dificulta que el paciente pueda conocer o identificar el fallo concreto del sistema y, en consecuencia, probar el defecto o el nexo causal que le ha generado el daño. Esta situación ha llevado a la jurisprudencia más reciente a adoptar criterios de flexibilización probatoria basados en la asimetría técnica entre el perjudicado y el fabricante del sistema⁷².

12.1. La opacidad algorítmica como barrera probatoria

Los modelos de IA —especialmente los basados en aprendizaje profundo— no permiten reconstruir de forma completa el razonamiento interno que conduce a la recomendación diagnóstica o terapéutica⁷³. Ello provoca:

- dificultad para identificar el origen exacto del fallo,

y C-623/15.

69 Respecto de hecho ajeno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1903 del Código Civil.

70 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 58-60.

71 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 188-192.

72 SSTS 3544/2024, de 24 de junio, y 3547/2024, de 18 de junio, al respecto de la asimetría técnica y flexibilización de la carga de la prueba.

73 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67,

- imposibilidad de acceder al código fuente o al *dataset*,
- dependencia del fabricante para obtener información técnica.

La doctrina ha subrayado que esta opacidad justifica una adaptación del estándar probatorio, pues exigir al paciente una demostración plena del defecto sería contrario al principio de igualdad de armas en el proceso civil⁷⁴.

12.2. La asimetría técnica: fundamento de la flexibilización

Las SSTS 3544/2024 y 3547/2024, vistas anteriormente, introducen el criterio de asimetría técnica, entendido como la desventaja estructural del paciente frente al fabricante o desarrollador del sistema. Esta asimetría obliga a permitir:

- presunciones razonables de defecto o causalidad,
- inversión o mitigación de la carga de la prueba,
- exigencia reforzada de aportación documental al fabricante.

Este enfoque resulta plenamente compatible tanto con el régimen tradicional de productos defectuosos como con el nuevo marco introducido por la Directiva (UE) 2024/2853, que refuerza el acceso del perjudicado a la prueba técnica, a la vista de lo manifestado en los artículos 9 y 10 de la norma.

12.3. La explicabilidad (*explainability*) como mecanismo de garantía

Los sistemas de IA de alto riesgo deben incorporar —según el AI Act— mecanismos que permitan ofrecer al profesional sanitario una explicación general y comprensible del funcionamiento del sistema⁷⁵. Esta exigencia de explicabilidad no elimina completamente la opacidad, pero permite:

- detectar incoherencias clínicas relevantes,
- justificar decisiones médicas basadas en supervisión humana,
- aportar elementos probatorios adicionales en caso de litigio.

2025, pp. 35-38.

74 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 62-65.

75 Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act), arts. 13 y 14, a la vista de la transparencia y supervisión humana.

La explicabilidad se convierte así en una garantía jurídica clave, tanto para el paciente como para el médico, al facilitar la reconstrucción del proceso decisorio⁷⁶.

12.4. Efectos en la responsabilidad civil

En los contextos de IA sanitaria, la carga de la prueba tiende a ajustarse conforme a un modelo mixto, en el que cada interviniente responde según su esfera de control⁷⁷:

- Paciente: debe acreditar el daño y una apariencia razonable de mal funcionamiento del sistema.
- Médico: debe demostrar el cumplimiento de la *lex artis* y la existencia de una supervisión diligente.
- Fabricante: debe acreditar la conformidad técnica, documental y normativa del sistema conforme al AI Act y a la Directiva (UE) 2024/2853.

Este modelo equilibra la protección del paciente sin liberar al médico de sus deberes profesionales ni trasladar indebidamente al perjudicado cargas probatorias inasumibles⁷⁸.

XIII. PROPUESTA DE MODELO MIXTO DE RESPONSABILIDAD

A partir del análisis desarrollado en los capítulos anteriores, me aventuro a proponer un modelo mixto de responsabilidad que permita asignar correctamente la carga jurídica entre médico, centro sanitario y fabricante cuando intervienen sistemas de inteligencia artificial en el ámbito asistencial⁷⁹. Este modelo combina elementos del régimen subjetivo, propio de la responsabilidad profesional sanitaria, y del régimen objetivo, característico de la responsabilidad por productos defectuosos, resultando necesario a la vista de la pluralidad de agentes que intervienen en el proceso clínico⁸⁰.

⁷⁶ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 175-185.

⁷⁷ Es decir, a la vista del sistema clásico de responsabilidad civil nuestro Código Civil, en relación con los artículos 1902 y 1903.

⁷⁸ Tribunal de Justicia de la Unión Europea, asunto C-503/13 (criterio del usuario final y carga probatoria).

⁷⁹ Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 210-214.

⁸⁰ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021,

13.1. Principios generales del modelo mixto

El sistema debe basarse en los siguientes principios estructurales⁸¹:

- esfera de control: cada agente responde por aquello que controla efectivamente;
- prevención del daño: prioridad al diseño seguro del sistema y a la supervisión clínica;
- transparencia tecnológica: obligación del fabricante de aportar documentación técnica suficiente;
- supervisión humana obligatoria: el médico no puede actuar de forma automática ni acrítica.

Estos principios resultan coherentes con el enfoque preventivo del AI Act y con el régimen de imputación objetiva de la Directiva (UE) 2024/2853, de conformidad con el artículo 1 y correlativos.

13.2. Responsabilidad del médico

El médico responde cuando el daño deriva de un incumplimiento de sus deberes profesionales conforme a la *lex artis*, en particular en supuestos de:

- falta de supervisión del sistema,
- uso negligente o acrítico de la herramienta algorítmica,
- ausencia de contraste clínico suficiente,
- omisión del consentimiento informado específico respecto al uso de IA.

La utilización de sistemas de IA no exime al profesional de su responsabilidad clínica, sino que exige un estándar reforzado de diligencia⁸².

13.3. Responsabilidad del fabricante

El fabricante debe responder de forma objetiva cuando el daño tenga su origen en defectos del sistema de IA, tales como⁸³:

- defecto de diseño o de entrenamiento,
- sesgos no corregidos en los datos,
- ausencia de actualizaciones necesarias,
- instrucciones insuficientes, ambiguas o engañosas.

pp. 60-65.

⁸¹ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 60-64.

⁸² STS 4355/2021, de 30 de noviembre.

⁸³ Directiva (UE) 2024/2853, arts. 6 y 9.

Este régimen se fundamenta en la idea de que quien controla la arquitectura, el entrenamiento y la evolución del sistema es quien debe asumir el riesgo derivado de su funcionamiento⁸⁴.

13.4. Responsabilidad del centro sanitario

El centro sanitario puede responder cuando el daño derive de fallos organizativos vinculados a la implantación y uso del sistema de IA, tales como⁸⁵:

- formación insuficiente del personal,
- integración técnica deficiente del sistema,
- fallos en la instalación, configuración o mantenimiento,
- uso de versiones obsoletas o no autorizadas.

Esta responsabilidad encuentra su fundamento tanto en el artículo 1903 del Código Civil como en las obligaciones del usuario profesional previstas en el AI Act⁸⁶.

13.5. Mecanismo de reparto de responsabilidad

En los supuestos de daños derivados del uso de IA sanitaria, el reparto de responsabilidad debe seguir la siguiente lógica funcional⁸⁷:

- fallo tecnológico, responderá el fabricante,
- fallo clínico, responderá el médico,
- fallo organizativo, responderá el centro sanitario,
- concurrencia de fallos, se dará una responsabilidad solidaria o proporcional.

Este esquema permite una imputación flexible y ajustada al origen real del daño, evitando soluciones automáticas o injustas⁸⁸.

13.6. Ventajas del modelo mixto

El modelo mixto presenta claras ventajas⁸⁹:

- protege eficazmente al paciente frente a tecnologías opacas,
- promueve un uso responsable y prudente de la IA,
- incentiva a los fabricantes a mejorar la seguridad y la transparencia,
- evita una sobrecarga injustificada de responsabilidad sobre el médico.

En definitiva, este modelo ofrece un marco equilibrado que integra los avances tecnológicos sin sacrificar la seguridad del paciente ni la coherencia del sistema de responsabilidad civil.

XIV. CONCLUSIONES FINALES

El análisis realizado a lo largo de las páginas anteriores permite afirmar que la incorporación de sistemas de inteligencia artificial al ámbito sanitario constituye uno de los mayores desafíos actuales para el Derecho de la responsabilidad civil⁹⁰. La cuestión central —¿a quién reclamar cuando la IA falla: al médico o al fabricante?— no admite respuestas automáticas, sino que exige una solución estructurada basada en la delimitación de las esferas de control y en la correcta integración de los nuevos marcos normativos europeos⁹¹.

14.1. La IA no desplaza la *lex artis*: el médico sigue siendo responsable de su actuación

A lo largo del trabajo se ha demostrado que la inteligencia artificial opera como herramienta de apoyo a la decisión clínica, pero nunca como sustituto del juicio profesional del médico. La jurisprudencia del Tribunal Supremo —en particular, las STS 4355/2021— confirma que el profesional sanitario mantiene la obligación de:

- supervisar el funcionamiento del sistema de IA,
- contrastar críticamente sus recomendaciones,

84 Tribunal de Justicia de la Unión Europea, asunto C-503/13.

85 Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la responsabilidad civil médica*, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 60-65.

86 Código Civil español, art. 1903; Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act), art. 29.

87 SSTS 3544/2024 y 3547/2024.

88 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 39-43.

89 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 185-195.

90 Ayo Ferrándiz, Cristina. *Responsabilidad civil e inteligencia artificial*, Actualidad Jurídica Uría Menéndez 67, 2025, pp. 45-49.

91 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 212-214.

- documentar su decisión clínica,
- informar adecuadamente al paciente del uso de tecnologías automatizadas.

La responsabilidad médica surge, por tanto, cuando existe una falta de diligencia en la supervisión o en el uso clínico del algoritmo, y no por el mero hecho de utilizar una herramienta tecnológica avanzada.

14.2. El fabricante como principal responsable de los fallos tecnológicos

A diferencia del médico, el fabricante controla la arquitectura, el entrenamiento, la validación y la actualización del sistema de IA. Conforme al Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act) y al nuevo régimen introducido por la Directiva (UE) 2024/2853, responde cuando el daño deriva de:

- defectos de diseño o fabricación del algoritmo,
- sesgos estadísticos no corregidos,
- instrucciones insuficientes o confusas,
- pérdida de seguridad por falta de actualizaciones.

En estos supuestos, el daño es tecnológico y no clínico, por lo que la reclamación debe dirigirse prioritariamente contra el fabricante, sin trasladar al médico riesgos que exceden su esfera de control⁹².

14.3. El criterio determinante: la esfera de control

El criterio fundamental para resolver los conflictos de responsabilidad en contextos de IA sanitaria es determinar quién podía prevenir efectivamente el daño⁹³:

- si el fallo proviene del razonamiento clínico, responde el médico;
- si el fallo proviene del sistema algorítmico, responde el fabricante;
- si concurren ambos factores, procede una imputación proporcional o solidaria.

Este enfoque se ve reforzado por el criterio jurisprudencial de la asimetría técnica, reconoci-

⁹² Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act), arts. 8-15; Directiva (UE) 2024/2853, arts. 6 y 9.

⁹³ Pereda Guinea, Pablo. *Estudio práctico de la res-*



do en las SSTS 3544/2024 y 3547/2024, que legitima una flexibilización de la carga de la prueba en favor del paciente cuando el funcionamiento interno del sistema resulta inaccesible⁹⁴.

14.4. Adaptación necesaria de la práctica clínica al nuevo marco tecnológico

La integración responsable de la IA en la práctica asistencial exige una adaptación organizativa y profesional de los sistemas sanitarios⁹⁵. En particular, será necesario:

- implantar protocolos de uso seguro de sistemas de IA,
- establecer programas de formación obligatoria para profesionales,
- garantizar mecanismos de auditoría y trazabilidad,
- realizar evaluaciones de impacto en sistemas de IA de alto riesgo.

Asimismo, el consentimiento informado deberá evolucionar para incluir información específica sobre el uso de herramientas algorítmicas, sus funciones, beneficios y limitaciones.

14.5. Equilibrio entre innovación y seguridad jurídica

La inteligencia artificial ofrece un enorme potencial para mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria, pero su incorporación exige un equilibrio entre innovación tecnológica y garantías jurídicas⁹⁶. Para ello, resulta imprescindible:

- reforzar la supervisión humana,
- exigir transparencia y diligencia técnica a los fabricantes,
- asegurar vías probatorias efectivas para el paciente,

responsabilidad civil médica, Universidad de Cantabria, 2021, pp. 63-64.

94 SSTS 3544/2024, de 24 de junio, y 3547/2024, de 18 de junio.

95 Reglamento (UE) 2024/1689 (AI Act), art. 29.

96 Evangelio Llorca, Raquel, *Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales*, Dykinson, Madrid, 2024, pp. 185-195.

- distribuir la responsabilidad conforme a la esfera de control de cada agente.

En definitiva, el futuro de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario pasa por un modelo híbrido, en el que conviven:

- la responsabilidad médica basada en la *lex artis*,
- la responsabilidad objetiva del fabricante fundada en el defecto del producto,
- y la posible responsabilidad del centro sanitario por fallos organizativos o de integración tecnológica.

XV. BIBLIOGRAFÍA

- Arasa Gisbert, Sylvia. Uso de la inteligencia artificial para el diagnóstico médico, Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Barcelona, 2023.
- Atienza Navarro, M^a Luisa. "Daños causados por inteligencia artificial y responsabilidad civil": Barcelona: Atelier, 2022
- Ayo Ferrándiz, Cristina. «Responsabilidad civil e inteligencia artificial», AJUM, núm. 67, 2025.
- Evangelio Llorca, Raquel. Inteligencia artificial y derecho de daños: cuestiones actuales, Dykinson, Madrid, 2024.
- García Garnica, María del Carmen. «Consentimiento informado y privacidad en el marco de la cirugía 4.0», Revista de Derecho Civil, 2024.
- Monterroso Casado, Esther. Diligencia médica y responsabilidad, 2020.
- Pereiro Expósito, Miguel. Responsabilidad civil de los servicios médico-sanitarios, Trabajo Fin de Máster, 2019.
- Pereda Guinea, Pablo. Estudio práctico de la responsabilidad civil médica, Trabajo Fin de Máster, Universidad de Cantabria, 2021.
- Pérez Martín, Claudia Inmaculada. La responsabilidad civil médica. Wrongful actions, Universidad de La Laguna, 2022.
- Yzquierdo Tolsada, Mariano. Sistema de responsabilidad civil, contractual y extracontractual, Dykinson, Madrid, 2001.

Responsabilidad patrimonial de la administración por daños ocasionados por fenómenos naturales

Carina del Pino León Verdejo
Abogada

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN
2. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN
 - 2.1. Breve evolución histórica hasta llegar a la regulación actual
 - 2.2. Teoría de la responsabilidad patrimonial de la Administración y su aplicación en los supuestos de daños derivados de fenómenos naturales
 - 2.2.1 Daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado
 - 2.2.2 Antijuricidad del daño
 - 2.2.3 Relación de causalidad
 - 2.2.4 Funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos
 - 2.2.5 Causas de exclusión de la responsabilidad
- III. RIESGOS NATURALES Y SU TRATAMIENTO JURÍDICO
 - 3.1 Concepto de desastre y riesgo natural. Delimitación con el daño
 - 3.2 El cambio climático y los fenómenos naturales extremos
 - 3.3 Clasificación de los riesgos naturales
 - 3.4 Gestión de los riesgos naturales en España y marco normativo europeo
 - 3.4.1. Ámbito competencial
 - 3.4.2 Marco normativo europeo
 - 3.5 Obligaciones y deber de actuación de la Administración
 - 3.5.1 Obligación de prevención
 - 3.5.2 Deber de actuación
 - 3.6 Títulos de imputación de responsabilidad a la Administración
 - 3.7 Procedimientos de responsabilidad patrimonial
- IV. EL RIESGO VOLCÁNICO
 - 4.1 Especial mención al riesgo volcánico. La situación de las Islas Canarias
 - 4.2. Análisis de la Ley 5/2025 de 30 de septiembre, de volcanes de Canarias
 - 4.3 Análisis de los pronunciamientos judiciales relativos a la erupción del volcán Tajogaite de 2021
- V. CONCLUSIONES

I. INTRODUCCIÓN

Cada vez son más frecuentes los fenómenos naturales adversos que causan daños, en ocasiones irreparables, a las personas y sus bienes. La principal causa, con base en la evidencia científica, es el auge imparable del cambio climático, que no sólo hace que su frecuencia aumente, sino que estos se produzcan con una mayor virulencia. Esto supone todo un desafío para nuestro sistema jurídico, pues es preciso analizar en qué casos, ante la existencia de un riesgo natural, si llega a producirse el daño, será responsable la Administración pública y cuáles constituyen una causa de exoneración.

En cuanto a la responsabilidad patrimonial derivada de los fenómenos naturales, partimos de la premisa incuestionable, con base en nuestra Constitución, que establece la obligación de la Administración de indemnizar a todo ciudadano que sufra un perjuicio en sus bienes y derechos. Para que exista responsabilidad, ese daño debe ser efectivo, individualizado y evaluable. Además, debe existir un título de imputación basado en el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en el ámbito de la protección civil, en la ordenación del territorio o que se base en una actuación deficiente o inexistente en el deber de prevención y actuación del servicio público. Por último, será preciso acreditar la relación de causalidad entre la actividad o inactividad de la Administración y el perjuicio producido, sin que medien causas de exclusión de la responsabilidad como la fuerza mayor o la culpa exclusiva de la víctima.

No hay que olvidar que la Administración ocupa una posición de garante al disponer de los medios de información técnica y científica para proteger al ciudadano. En este camino, que podríamos tildar de novedoso y en auge, debemos caminar de la mano de la comunidad científica para mejorar los sistemas de prevención y reducir la vulnerabilidad.

En el ámbito de los riesgos naturales presentes en nuestro país, merece una especial consideración el riesgo volcánico. Debido a la naturaleza del archipiélago canario, caracterizado por una actividad volcánica constante y el reciente precedente de la erupción del volcán Tajogaite en la Palma, abordaremos la gestión de este riesgo, desde la perspectiva de la prevención.

II. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN

2.1. Breve evolución histórica hasta llegar a la regulación actual

La responsabilidad patrimonial de la Administración ha experimentado una evolución profunda en nuestro ordenamiento jurídico. Partiendo de una concepción inicial de no responsabilidad de los entes públicos¹, las primeras referencias las encontramos en el Código Civil de 1889, con una formulación muy limitada basada en el principio de culpabilidad. Su artículo 1903.5 circunscribía la responsabilidad de la Administración a los supuestos en que actuara a través de agente especial, excluyendo los daños causados por funcionario público, lo que resultaba incompatible con el modelo de responsabilidad objetiva que hoy conocemos².

La Ley de Expropiación Forzosa de 1954 supuso el verdadero punto de inflexión, al incorporar por primera vez los presupuestos formales del daño indemnizable: efectivo, evaluable económicamente e individualizado, así como la responsabilidad derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Como señaló García de Enterría, la clave de esta norma reside en prescindir de los elementos de ilicitud para centrar la responsabilidad en el daño antijurídico³, configurando una transformación profunda que llevaría al abandono definitivo de la antigua idea de subsidiariedad.

La Constitución de 1978 consolidó este modelo en su artículo 106.2, reconociendo el derecho de los particulares a ser indemnizados por toda lesión derivada del funcionamiento de los servicios públicos, salvo fuerza mayor. Resultaba novedoso y controvertido que la Administración estuviera obligada a indemnizar incluso por daños derivados de su funcionamiento nor-

1 MENÉDEZ SEBASTIÁN, E. M.^º. «Principios de la responsabilidad extracontractual de la Administración Pública (artículos 139 y 141 LRJPAC)», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A.

(coord.): *Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales*, 2ª ed., Valencia, Tirant Lo Blanch, 2023, págs. 38-39.

2 LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J. *La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en Ponencias XI Congreso Nacional: Sobre responsabilidad civil en general / coord. por Andrés Cid Luque, Javier López y García de la Serrana*, 2011, pág. 328.

3 GARCÍA DE ENTERRÍA MARTÍNEZ-CARANDE, E. *Potestad expropiatoria y garantía patrimonial en la nueva Ley de Expropiación forzosa*, anuario de derecho civil, 1955. (4). págs. 1023 - 1166.

mal, lo que la Ley 30/1992 desarrolló incorporando expresamente esa distinción entre funcionamiento normal y anormal como título de imputación.

En la actualidad, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas se encuentra regulada tanto en la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), como en la Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP). Mientras que la LRJSP va a regular en su capítulo IV, los aspectos sustantivos, la LPACAP, se encargará de los aspectos procedimentales. De este modo, se rompe con el anterior modelo unificado de la LRJPAC para dar paso a una estructura que aporta una mayor seguridad jurídica, blindando los principios de la responsabilidad y modernizando su tramitación a través de un procedimiento administrativo eficiente.

Por último, en el contexto del deber de prevención de la Administración ante las situaciones de grave riesgo colectivo resulta de vital importancia hacer mención a la Ley 2/1985 de 21 de enero sobre Protección Civil, pues abordó la cuestión de “*calamidad pública*” o “*catástrofe extraordinaria*” desde la perspectiva de la prevención, la actuación y la organización. La Ley 17/2015, de 9 de julio del Sistema Nacional de Protección Civil, vino a modernizar y completar a su predecesora incorporando medidas específicas de evaluación e inspección técnicas, diseñadas para mejorar la operatividad del sistema. Introduce un enfoque más participativo y coordinado, primando la información ciudadana, la gestión prospectiva del riesgo y, sobre todo, la optimización de la capacidad de respuesta de los servicios públicos de intervención.

Además, esta ley se complementa con el Real Decreto 524/2023 de 20 de junio, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil, y cuyo objetivo es garantizar la coherencia y funcionamiento del sistema de protección civil.

2.2. Teoría de la responsabilidad patrimonial de la Administración y su aplicación en los supuestos de daños derivados de fenómenos naturales

La responsabilidad patrimonial se configura en nuestro ordenamiento como una responsabilidad objetiva o de resultado, de carácter general, directo, objetivo e integral. El particular tiene derecho a ser indemnizado cuando sufra

una lesión en sus bienes o derechos derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, siempre que no tenga el deber jurídico de soportarla y no medie fuerza mayor o culpa exclusiva de la víctima. Siguiendo la doctrina jurisprudencial consolidada, lo relevante no es la antijuricidad de la actuación administrativa sino la del daño resultante para el particular⁴.

2.2.1 Daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado

El daño debe ser real y concreto, quedando excluidas las meras expectativas o especulaciones. La Sala Tercera del Tribunal Supremo ha reiterado que el daño indemnizable ha de ser efectivo, sin que puedan admitirse hipótesis o conjeturas⁵, y debe estar individualizado respecto de una persona o grupo perfectamente determinado. En cuanto a su evaluación económica, el daño moral presenta mayores dificultades de cuantificación, requiriendo acudir por analogía a baremos orientativos y criterios de razonabilidad y ponderación⁵.

En el ámbito de los fenómenos naturales, la jurisprudencia ha reconocido la efectividad del daño en supuestos como el desbordamiento de ríos o las inundaciones de parcelas privadas, cuando concurre dejación de las funciones de policía demanial por parte de la Administración⁶.

2.2.2 Antijuricidad del daño

La antijuricidad no se predica de la conducta administrativa sino de la lesión patrimonial. Como señala Menéndez Sebastián, la clave reside en que el particular no tenga el deber jurídico de soportar el detrimento patrimonial, con independencia de la corrección o legalidad del actuar público⁷. Este deber de soportar el daño surge en tres escenarios: cuando deriva de cargas generales impuestas por ley, cuando es consecuencia de una actuación administrativa proporcional, o cuando se trata de riesgos inherentes al propio servicio.

4 Véase en este sentido también, STS de 3 de octubre de 2007, rec. núm. 1817/2003, ECLI:ES:TS:2007:6266. Reseña la doctrina jurisprudencial consolidada, en cuanto entiende la relevancia del daño que resulte del proceder antijurídico de la Administración y no la propia actuación u omisión de la Administración.

5 STS de 10 de abril de 2008, rec. núm. 7045/2003, ECLI:ES:TS:2008:946.

6 STS de 7 de octubre de 1997, rec. núm. 455/1997, ECLI:ES:TS:1997:8084.

7 MENÉNDEZ SEBASTIÁN, E. M.ª: op. cit. en pág. 4.

En el caso de los daños ocasionados por fenómenos naturales, podrá imputarse responsabilidad a la Administración cuando concurra gestión deficiente de la emergencia, falta de implementación de los planes de protección civil, ejecución tardía de los mismos, o planificación urbanística inadecuada mediante la concesión de licencias de edificación en zonas de riesgo.

2.2.3 Relación de causalidad

Es indispensable la existencia de un nexo directo, inmediato y exclusivo entre la actuación u omisión de la Administración y el perjuicio sufrido, recayendo sobre el reclamante la carga de la prueba. En los supuestos de conducta omisiva, debe acreditarse además la preexistencia de un deber jurídico de actuar, pues la acreditación del nexo causal no opera de igual modo en los comportamientos activos que en los omisivos. La Administración, por su parte, soporta la carga de probar la concurrencia de fuerza mayor cuando la alegue como causa de exoneración.

Cabe reseñar en este punto, el pronunciamiento de la Sala Tercera del Tribunal Supremo en su sentencia de 13 de marzo de 2020 en cuanto al desastre ecológico de las Minas de Aznalcóllar, al desestimar el recurso de casación interpuesto y confirmar que no existió responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por la rotura de la balsa de lodos tóxicos que generó el desastre. La Sala fundamentó la inexistencia de nexo causal directo entre la actuación de la Administración y el daño producido en el origen técnico del fallo, atribuible a los defectos en el proyecto técnico de construcción por no tener en cuenta la fragilidad de la arcilla del subsuelo y las altas presiones del agua en los cimientos. Además, en este caso el Tribunal puso límites en el deber de vigilancia, al entender que no es obligación de la Administración comprobar la adecuada redacción técnica de los proyectos, sino que la responsabilidad recae en sus autores y beneficiarios y, aunque hubo deficiencia en el seguimiento de los inclinómetros, la Sala dictaminó como causa principal la deficiencia constructiva⁸.

2.2.4 Funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

El funcionamiento normal comprende las actuaciones conformes a la ley que, sin embargo, generan daños por el riesgo inherente e inevitable al servicio. El anormal es aquel en que

la actuación administrativa es deficiente o incorrecta. Ambos pueden dar lugar a responsabilidad. Cabe precisar que, aunque pudiera existir un funcionamiento dentro de los parámetros legales, si no se dan los estándares de prevención exigibles ante un riesgo natural previsible, estaríamos igualmente ante un supuesto de responsabilidad.

2.2.5 Causas de exclusión de la responsabilidad

El fundamento de la exoneración de responsabilidad reside en la ruptura del nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño sufrido por el particular. Para ello, debe acreditarse que el daño deriva de una causa de fuerza mayor, la conducta determinante de la propia víctima, la intervención de un tercero o de los riesgos del desarrollo.

A) La fuerza mayor y su delimitación con el caso fortuito

La fuerza mayor se refiere a todos los sucesos externos al círculo de actuación de los servicios públicos que resultan imprevisibles o que de haberse previsto, son inevitables, mientras que el caso fortuito aglutina aquellos eventos inherentes al funcionamiento del servicio, que surgen de forma imprevisible no eximiendo a la Administración de responsabilidad.

En este sentido, la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en su sentencia de 2 de abril de 1985, establece una distinción clara entre ambos conceptos, entendiéndose por fuerza mayor todos aquellos acontecimientos de entidad insólita y ajenos al campo normal de las previsiones de cada actividad o servicio y por caso fortuito, a los hechos imprevisibles pero insertos en el funcionamiento de cada actividad o servicio. A diferencia de la fuerza mayor, el caso fortuito no es óbice para la declaración de responsabilidad⁹. En esta línea, señala Luis Díez Picazo, para considerar la existencia de caso fortuito, no debe hacerse de manera automática, sino que habrá de valorarse la capacidad de previsión dentro de los márgenes estadísticos o de frecuencia de tales hechos⁹.

Nos centraremos en la fuerza mayor como causa de exoneración. Ésta se caracteriza por tratarse de sucesos ajenos al servicio público particularizados por la imprevisibilidad, o en el caso de ser previstos, la inevitabilidad¹⁰, como

⁸ STS de 13 de marzo de 2020, rec. núm. 67/2010, ECLI:ES:TS:2012:2079.

⁹ DÍEZ-PICAZO, L. *Fundamentos del derecho civil patrimonial*, 6ª ed., Madrid, Civitas, 2012, págs. 726-727.

¹⁰ RODRÍGUEZ, C., *Fuerza mayor y responsabilidad*

así lo establece el Tribunal Supremo en su sentencia de 20 de octubre de 1997¹¹ al condicionar la fuerza mayor a la concurrencia de estos dos requisitos. Añade a estos dos presupuestos, el mismo Tribunal en sentencia de 16 de febrero de 1999, el requisito de la irresistibilidad¹².

Sobre el presupuesto de la irresistibilidad, la jurisprudencia, en concordancia con las tendencias doctrinales supeditan la existencia de fuerza mayor en los supuestos de sucesos previstos, a la irresistibilidad y a la exterioridad, que se da cuando se trata, dicho en palabras de Pilar Domínguez Martínez, “*riesgo ajeno al círculo controlable del servicio público*”¹³.

El Tribunal Supremo ha ido delimitando rigurosamente el concepto de fuerza mayor de manera que exige para la concurrencia de tal presupuesto, que los fenómenos naturales alcancen una intensidad excepcional e inusual. La jurisprudencia, preminentemente de la justicia menor, ha permitido identificar parámetros de intensidad precisos, así, la Sentencia del Tribunal Superior de justicia de Castilla y León de 28 de septiembre de 2001, determinó que las rachas inferiores a los 120 km/h, no constituían eventos irresistibles y de intensidad suficiente para ser considerado un supuesto de fuerza mayor¹⁴.

En lo que respecta a la carga de la prueba corresponde a la Administración demostrar la concurrencia de fuerza mayor. Así lo subraya la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de fecha 9 de abril de 2002, al ser una responsabilidad objetiva, no se puede exigir al ciudadano que pruebe que la Administración fue negligente, sino que tiene que ser el propio ente público quien, de forma fehaciente, acredite la ruptura del nexo causal por fuerza mayor¹⁵.

administrativa extracontractual, Pamplona, Aranzadi, 2009.

11 STS de 20 de octubre 1997, rec. núm. 455/1997, ECLI:ES:TS:1997:8084.

12 STS de 16 de febrero de 1999, rec. núm. 6361/1994, ECLI:ES:TS:1999:1006.

13 DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., GPS. *Derecho de la circulación*, 4ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2020, págs. 1414-1415. BADILLO ARIAS, J.A. (Dir.).

Véase en cuanto al carácter exterior e irresistible, STS de 13 de diciembre de 2001 (rec. núm. 9004/1997, ECLI:ES:TS:2001:9790).

14 STSJ Castilla y León de 28 de septiembre de 2001 (rec. núm. 1447/1997, ECLI:ES:TSJCL:2001:4398).

15 STS de 9 de abril de 2002, rec. núm. 6851/1999, ECLI:ES:TS:2002:2491.

En este contexto, cabe plantearse cómo va a acreditar la Administración la concurrencia de la fuerza mayor. Para tal fin, los servicios públicos emplean diversos mecanismos probatorios; por ejemplo, ante daños derivados de fenómenos meteorológicos como la caída de ramas por fuertes vientos, se recabarán los informes del instituto nacional de meteorología para determinar si la intensidad registrada superaba los parámetros técnicos establecidos. En el caso de los contratos administrativos, la labor de acreditación se realizará mediante los informes de sus directores¹⁶ y en el supuesto de eventos naturales de gran magnitud, como sucedió en el caso de la DANA de Valencia¹⁷, mediante la declaración de zona afectada por una emergencia grave de protección civil (anteriormente denominada zona catastrófica). En este último supuesto, el principio de solidaridad podría desplazar la existencia de responsabilidad habilitándose vías de ayuda específicas para los afectados, aunque su declaración no va a exonerar a las administraciones públicas de responsabilidad siendo preciso el análisis de otros elementos como si se llevaron a cabo actuaciones de índole preventivas.

De lo anterior, podemos afirmar que la fuerza mayor constituye un elemento liberador para la Administración en el supuesto de responsabilidad por daños ocasionados por fenómenos naturales, siempre que concurren los criterios para su consideración, como la imprevisibilidad, la inevitabilidad, la irresistibilidad, la exterioridad y de intensidad, recayendo en el propio ente público demostrar la existencia de la fuerza mayor.

Por último, para los supuestos de fuerza mayor o riesgos extraordinarios en cuanto a la reparación del daño, aludiremos al Consorcio de Compensación de Seguros (en adelante CCS) en cuanto a su intervención como complemento a la póliza que cada particular suscriba sobre su persona o sobre sus bienes.

Según lo dispuesto en el artículo 1 del RD 300/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de riesgos

16 Véase STS de 13 de marzo de 2020 cit. Nota 25, pág. 14.

17 Orden PJC/1222/2024, de 6 de noviembre, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de ministros de 5 de noviembre de 2024, por el que se declara zona afectada gravemente por una emergencia de protección civil el territorio damnificado como consecuencia de la Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) que ha afectado a amplias zonas de la Península y Baleares entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre de 2024.

extraordinarios, el CCS indemnizará, a modo de compensación, por las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios. Esta indemnización, dependerá de varios factores: capital asegurado, cláusulas de la póliza, valoración efectuada por el perito del CCS y la franquicia establecida por la legislación española para que se aplique por el Consorcio. Respecto a la franquicia, viene fijada por la Orden ECC/2845/2015 de 23 de diciembre y por el RD 300/2004 y se establece en un 7% sobre la cuantía de los daños, sin embargo, ésta no aplica a viviendas, comunidades de propietarios ni a vehículos asegurados y respeta la franquicia de la póliza ordinaria para pérdidas de beneficios.

B) Culpa exclusiva de la víctima

Otra causa de exoneración de responsabilidad para las administraciones públicas es que concurra la culpa exclusiva de la víctima o perjudicado, pues va a suponer que el resultado dañoso sea imputable únicamente a su actuación u omisión, descartando responsabilidad alguna por parte de los servicios públicos.

Puede suceder que, tanto el servicio público y la conducta del particular, contribuyan a la producción del daño. Nuestra jurisprudencia es variada en este sentido, pudiendo encontrarnos con tres escenarios posibles en el caso de concurrencia:

- Denegación de indemnización por entender la culpa de la víctima (Ej. sentencia del TSJ de Aragón, de fecha 10 de septiembre de 2003 y del TSJ de Madrid, de fecha 8 de septiembre de 2020).
- Modulación de la indemnización atendiendo al caso concreto, entendiendo que se aplicará el porcentaje de responsabilidad en función de la participación en el daño (Ej. STS de 29 de noviembre de 2011 y STS de fecha 12 de febrero de 2009).
- Equivalencia de culpas, cuando su reparto entre la Administración y la víctima se produce al 50% (Ej. Sentencia de la Audiencia Nacional de 26 de abril de 2002)¹⁸.

18 FERNÁNDEZ ESPINAR-LÓPEZ, L.C.: «La Responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito forestal y de la conservación de la naturaleza», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A. (coord.): *Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales*, 2ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2013, págs. 1373-1377. Véase sentencias referidas, STSJ Aragón de 3 de septiembre de 2003 (REC 140/2000, ECLI:ES:TSJAR:2003:2248), STSJ Madrid de 8 de septiem-

C) Intervención de un tercero

La intervención de un tercero ajeno tanto a la propia víctima como a los servicios públicos implica que su participación ha sido determinante para la producción del resultado dañoso. Sin embargo, esto no siempre exime de responsabilidad a la Administración. Como ejemplo, la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en su sentencia de 12 de junio de 2008, consideró responsable a un bañista que golpeó a otro tras lanzarse al agua de forma brusca. En este caso, se atribuyó la culpa al bañista, pero también a la Administración, debido a que la actuación del socorrista en la piscina municipal no fue la correcta¹⁹.

D) Riesgos del desarrollo

En atención a lo dispuesto en el artículo 34 de la LRJSP, tendrán la consideración de riesgos del desarrollo aquellos daños que deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el momento de su producción, no siendo por tanto, indemnizables. En este sentido, María Elena Sánchez Jordán señala lo confuso de este precepto, al entender que esta exoneración es un “elemento extraño” en un sistema de responsabilidad objetiva como el español, donde tradicionalmente la Administración respondía incluso por el funcionamiento normal de los servicios, pudiendo generar situaciones injustas donde la Administración quede exonerada por los daños producidos, rebajándose el nivel de responsabilidad del Estado y señalando que son los particulares los que tienen el deber jurídico de soportar las lesiones derivadas de estos riesgos²⁰.

Ejemplo de exoneración por parte de la Administración en este sentido, es el caso de las inundaciones en Miranda del Ebro en el año 2015 por el desbordamiento de los ríos Ebro, Bayas y Zadorra y en el que la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en su sentencia de 8 de junio de 2020, argumentó los límites de la ciencia como causa de exclusión de la responsabilidad,

bre de 2020 (rec. núm. 625/2018, ECLI:ES:TSJM:2020:9828), STS de 29 de noviembre de 2011 (rec. núm. 4785/2009, ECLI:ES:TS:2011:8104), SAN de 12 de febrero de 2009 (rec. núm. 349/2006, ECLI:ES:AN:2009:977) y SAN de 26 de abril de 2022 (rec. núm. 592/2019, ECLI:ES:AN:2022:1638).

19 STS de 12 de junio de 2008, rec. núm. 7363/2004, ECLI:ES:TS:2008:2858.

20 SÁNCHEZ JORDÁN, M. E.: «Los riesgos del desarrollo, causa de exoneración en algunos supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración», *Revista de Derecho y Salud*, Vol. 7, núm. 1, 1999.

entendiendo que en el estado científico existente en ese momento, no se podía exigir predicciones exactas a los organismos hidrológicos, sólo escenarios posibles y aproximados²¹.

III. RIESGOS NATURALES Y SU TRATAMIENTO JURÍDICO

3.1 Concepto de desastre y riesgo natural. Delimitación con el daño

Los organismos internacionales como la ONU y la UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction - Estrategia para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas), definen los desastres naturales como una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden de la capacidad económica de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos²². A esta definición hay que añadir que esas pérdidas se ven a menudo incrementadas, en función de la mayor vulnerabilidad debido a la pobreza o a la mala planificación urbana de la zona afectada, no siendo el fenómeno en sí, sino el impacto que genera en las poblaciones vulnerables lo que va a definir la magnitud del desastre.

Ante los efectos de consecuencias derivadas de catástrofes naturales, impera el principio de solidaridad. Es preciso tener claro que las personas afectadas por un evento natural, cuando en este suceso concurren las particularidades analizadas en cuanto a la fuerza mayor, no percibirán una indemnización por las pérdidas sufridas, recibirán una ayuda económica para mitigarlas.

Será preciso distinguir en este punto, los conceptos de peligro natural y riesgo natural, pues tienden a confundirse. Cuando hablamos de desastre, lo hacemos en términos catastróficos, siendo eventos extraordinarios que no generan *per se*, responsabilidad por parte de las administraciones públicas. El peligro natural supone el fenómeno en sí y no sus consecuencias,

es decir, un peligro natural puede ser por ejemplo, un volcán o un terremoto, mientras que el riesgo natural supone la probabilidad de que un daño derivado de un evento natural violento se produzca teniendo en cuenta la exposición al daño y la vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, el riesgo natural puede definirse como la posibilidad de que alguien se vea afectado por estar expuesto a un peligro siendo vulnerable a él. La exposición al riesgo natural supone la proximidad del individuo al mismo y la vulnerabilidad, la mayor fragilidad²³.

Así, de modo ejemplificador, podemos citar el caso de Canarias, pues debajo de su suelo discurre una compleja geología volcánica, con extensos depósitos de piroclastos y lava, además de actividad tectónica constante. Ello supone un peligro natural inherente a la propia naturaleza volcánica, no obstante, no todas las zonas del territorio de Canarias constituyen un riesgo natural, sino sólo aquellas que los mapas cartográficos han catalogado como tal²⁴.

Resulta oportuno puntualizar que, en virtud del artículo 7 del RD 524/2023 de 20 de junio por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil, en cuanto a la estructura y contenido de los planes de protección civil, estos contendrán entre otros elementos, la cartografía de peligrosidad, vulnerabilidad y riesgo.

En conclusión, la distinción entre desastre natural y riesgo natural, va a ser fundamental pues el concepto de desastre natural se va a subsumir con el concepto de fuerza mayor o riesgo extraordinario y por tanto, exonerará de responsabilidad patrimonial a la Administración, mientras que el riesgo natural, al suponer la probabilidad de que un evento natural suceda a partir de los conocimientos técnicos existentes y, por tanto, previsibles, si por parte de la Administración, no se observan estas medidas de prevención, sí podríamos estar ante un supuesto de responsabilidad patrimonial.

3.2 El cambio climático y los fenómenos naturales extremos.

No podemos analizar los riesgos naturales presentes en nuestro entorno, sin hacer men-

21 SAN de 8 de junio de 2020, rec. núm. 584/2019, ECLI:ES:AN:2020:1211.

22 Dirección de Prevención de Crisis y Recuperación. Informe mundial para la reducción de riesgos de desastres naturales. Un desafío para el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2004, publicado en <https://www.undp.org/es/publicaciones/informe-mundial-la-reduccion-de-riesgos-de-desastres-un-desafio-para-el-desarrollo>.

23 CONDE ANTEQUERA, J. «La responsabilidad de la Administración por daños derivados de fenómenos naturales: especial referencia al riesgo de inundación», *Revista aragonesa de Administración Pública*, Zaragoza, 2015.

24 Cartografía de peligrosidad volcánica, a disposición en el MITECO, y publicada por el IGN, el IGME e INVOL-CAN.

ción del cambio climático, pues la crisis climática actual obliga a una continua actualización en el marco normativo en materia climática.

Son numerosas las normativas estatales que avanzan en esta senda, estableciéndose objetivos ambiciosos a futuro. Así, podemos mencionar la novedosa (en el momento de su creación) Ley 7/2021 de Cambio Climático y Transición Energética, por establecer una hoja de ruta para obligarnos hacia la descarbonización, la reducción de emisiones y la promoción de energías renovables, que contribuyan a paliar sus efectos. Todo ello siempre, bajo la lupa de la Comisión Europea. Precisamente, es La Unión Europea la que está llevando la iniciativa en esta cuestión, pues de la convergencia de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, surgen los precedentes que van marcando la senda a seguir en este sentido.

Desde esta perspectiva, el TEDH, en su sentencia de fecha 9 de abril de 2024 en el caso de Verein KlimaSeniorinnen Schweiz and others contra Suiza²⁵, se planteó por primera vez la vulneración de un derecho fundamental a consecuencia de los efectos del cambio climático. En concreto, hablamos del art. 8 del Convenio Eu-

ropeo de Derechos Humanos (en adelante CEDH), que recoge el derecho al respeto a la vida personal y familiar y se consideró vulnerado la inacción de los Estados al no cumplir con su obligación de luchar contra el cambio climático. Además, esta sentencia, abordó la cuestión de la «causalidad climática» desde un punto de vista multidimensional estructurada en cuatro ejes: la causalidad científica, que implica la existencia de suficientes evidencias científicas para que resulte innegable el cambio climático, el reconocimiento de clima como derecho humano, la vinculación entre el daño y el riesgo que implica el deber de protección de un estado se modulará en función de la gravedad del riesgo y por último, el principio de responsabilidad compartida pues todos los estados contribuyen al cambio climático. Esta doctrina, impone a los Estados el deber de actuar contribuyendo al esfuerzo global para salvaguardar los derechos de los ciudadanos.

Lo que es evidente es la realidad del cambio climático y la velocidad de su avance, pues la ciencia ha confirmado que la acumulación de gases de efecto invernadero redundará en la intensificación de los fenómenos naturales y en la alteración de los ciclos hidrológicos, entre otros efectos. No obstante, aunque varios pasos por detrás de este auge, avanzamos positivamente en términos jurídicos, dejando atrás la concepción inicial reactiva, donde sólo se sancionaba

25 Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 9 de abril de 2024. Disponible en: [https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:\[%22001-233206%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:[%22001-233206%22]})



el daño, hasta reconocimiento actual de los derechos climáticos, mediante la protección del medioambiente y la creación de instrumentos legales para tratar de combatir y mitigar los efectos de esta “*ebullición global*”²⁶.

3.3 Clasificación de los riesgos naturales

En atención a la clasificación efectuada por Jesús Conde Antequera, los tipos de daños generados, teniendo en cuenta el grado de intervención del factor humano, pueden ser los siguientes:

- Generalizados; son los denominados «*Acts of God*» (concepto procedente del derecho anglosajón) y que comprende aquellos fenómenos naturales de gran magnitud, que por su naturaleza imprevisible, resultan inevitables y por tanto, equiparables a la doctrina de la fuerza mayor. Ese carácter desconocido e imprevisible, le otorga la consideración de no indemnizables.
- Previsibles y, por ende, evitables; referidos a peligros naturales conocidos y zonas de riesgo cartográficamente delimitadas. En este supuesto, lo que va a determinar la responsabilidad por parte de la Administración será la ausencia de las actuaciones de prevención a cuyo cumplimiento estaba obligada, así como la no previsión de los factores de vulnerabilidad y exposición al riesgo.
- Inducido; se entenderá por riesgo inducido, aquel que deriva de las obras o actuaciones públicas sometidas al control administrativo y que generen un daño. En este supuesto, será objeto de responsabilidad patrimonial cuando pueda acreditarse el funcionamiento anormal de los servicios públicos en cuanto al control o ejecución y sea ésta, la causa directa del daño.
- Tecnológico; se vincula el desarrollo industrial y tecnológico a la producción de catástrofes ambientales. Será determinante en este caso, analizar la intervención humana en la gestión de dicha tecnología, como factor determinante en el daño producido²⁷.

3.4 Gestión de los riesgos naturales en España y marco normativo europeo

El concepto de riesgo entraña un componente humano, del cual adolece el peligro natural. En el momento en el que aparece este componente humano, podemos gestionar el riesgo²⁸.

En este sentido, cabe plantearse cómo vamos a decidir sobre el tipo y nivel de riesgo que aceptamos, o lo que se conoce como *riesgo permitido*. La respuesta la encontramos en la ponderación. Ésta implica la necesidad de valorar las consecuencias entre los diversos riesgos que pueden producirse y si la exclusión de algunos, pueden generar otros nuevos. Además, se irán perfilando a medida que avancen los conocimientos científicos y los avances técnicos²⁹.

La gestión del riesgo natural en nuestro país se articula a través del Sistema Nacional de Protección Civil. Este sistema, como ya dijimos (artículo 7 del RD 524/2023 de 20 de junio por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil), contiene los planes de actuación y protección ciudadana, la identificación de los peligros naturales, la planificación preventiva, así como los mapas de riesgo y ordenación territorial.

3.4.1 Ámbito competencial

La competencia para la gestión de los riesgos naturales es compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas. A la Comunidad Autónoma le corresponde la competencia en materia de gestión de sus planes territoriales de protección civil, así como la gestión de las emergencias que se producen en su propio territorio y al Estado, le corresponde la dirección de las emergencias de gran magnitud que afecten a todo el territorio (p.ej. crisis sanitaria COVID-19) o a varias comunidades autónomas. En este sentido, resultará de especial interés jurídico la sentencia que en su día recaiga sobre la responsabilidad por las pérdidas derivadas de la DANA en Valencia, pues ésta contendrá los razonamientos jurídicos para esclarecer la atribución de competencias en la gestión de la emergen-

26 Término acuñado por el secretario general de la ONU, António Guterres, el 27 de julio de 2023, en una rueda de prensa en la sede de la ONU en Nueva York, advirtiendo del final de la era del «calentamiento global» y el comienzo de la era de la «ebullición global». Publicado en el País el día 23 de agosto de 2023. Disponible en <https://elpais.com/videos/2023-08-23/video-del-cambio-climatico-a-la-ebullicion-global-el-porque-del-lenguaje-sobre-el-clima.html>

27 CONDE ANTEQUERA, J. «La responsabilidad de la

Administración por daños derivados de fenómenos naturales: especial referencia al riesgo de inundación», págs. 75-76.

28 ESTEVE PARDO, J., «Sobre la Teoría General del Riesgo» en *Técnica, riesgo y Derecho*, Ariel, 1999

29 CONDE ANTEQUERA, J., «Responsabilidad y restauración ambiental por riesgos en el desarrollo», en *Derecho, Globalización, Riesgo y Medio Ambiente*. 1ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2012, págs. 470-480.

cia, determinándose la autoridad responsable, amén de otros pronunciamientos. Sobre lo que no cabe duda, es que sentará un precedente en los protocolos de gestión de las catástrofes futuras.

Siguiendo con la estructura de gestión de estos riesgos y sus consecuencias lesivas, resulta necesario identificar los siguientes aspectos:

A) Determinación del responsable

La identificación del presunto responsable en el ámbito de la gestión de riesgos naturales exige deslindar con precisión cuál de las administraciones intervinientes incurrió en una omisión o en un funcionamiento anormal del servicio público en el ejercicio de sus competencias. En atención al reparto competencial, se considerará responsable a la Administración si el nexo causal se halla en una deficiente vigilancia científica, en la falta de mantenimiento de las redes de alerta o en la ausencia de comunicaciones preceptivas. Por el contrario, Administración Autonómica podrá ser responsable cuando el daño sea consecuencia directa de una gestión deficiente de los planes de emergencia o de una activación tardía de los protocolos de evacuación, al ser esta la escala administrativa encargada de la dirección operativa sobre el terreno.

B) Determinación de los perjudicados

Cuando hablamos de desastres naturales a gran escala como sucedió con las inundaciones causadas por la DANA de Valencia o la erupción volcánica del Tajogaite en La Palma, el número de afectados es masivo y ello plantea, a la hora de determinar los sujetos perjudicados y la reclamación que pudieran ejercitar, la posibilidad de tres escenarios:

- Acumulación de procesos. Aunque el daño es individual, la Jurisdicción Contencioso Administrativa, en su art. 34, permite la acumulación de procesos. Se podrá tramitar los expedientes de forma conjunta para evitar sentencias contradictorias.
- Acciones colectivas. Se podrá comparecer de forma colectiva, sólo cuando se realice a través de asociaciones, sindicatos, grupos y entidades que resulten afectados o estén legalmente habilitados para la defensa de los derechos e intereses colectivos, tal y como prevé el art. 19 de la LJCA.
- Pleito Testigo. Supone la solicitud de extensión de los efectos de la sentencia, previsto

en el art. 37.2 de la LJCA, exigirá que nos encontremos siempre ante una idéntica situación jurídica.

C) Determinación y valoración de los daños

La cuantificación de los daños es fundamental para conocer la cantidad resarcitoria que va a reclamarse o que debe obtenerse por la producción del daño. Pueden suscitarse problemas en cuanto a su valoración, ya sea en el ámbito personal (por ejemplo, los daños morales) o en el ámbito de los daños materiales (por ejemplo, la valoración de una vivienda). Será fundamental en este aspecto la intervención y valoración que efectúen los peritos.

3.4.2 Marco normativo europeo

En el ámbito europeo y desde la perspectiva del daño, así como la responsabilidad que los distintos Estados miembros puedan tener en su producción, recae principalmente en cada país y su legislación nacional. Desde Europa se instauran diversos instrumentos en cuanto a la protección civil, así, el mecanismo de Protección Civil de la Unión (adoptado por Decisión 1313/2013/UE, modificada por el Reglamento 2021/836 del Parlamento Europeo), establece como objetivo mejorar la cooperación entre Estados miembros para la respuesta a catástrofes naturales y humanas, coordinando recursos y logística. Establece en su considerando segundo que la *“responsabilidad primaria en materia de prevención, preparación y respuesta ante catástrofes naturales o de origen humano recae en los Estados Miembros”*. Este Mecanismo de la Unión promueve como su propio texto indica el principio de solidaridad entre los estados, propiciando una respuesta colectiva mediante el establecimiento de una reserva de capacidades (reserva rescEU) que complementa las capacidades existentes de los estados miembros cuando las disponibles a nivel nacional no sean suficientes y permitiendo así una respuesta más eficaz, mejorando la prevención, así como la preparación ante las catástrofes.

Como principales objetivos, el Mecanismo de la Unión, pretende el fortalecimiento de la reserva “rescEU” que implica que la UE no dependa de lo que los Estados miembros ofrezcan voluntariamente, sino que la Comisión Europea puede comprar o alquilar directamente capacidades (como aviones de extinción de incendios, hospitales de campaña, reservas médicas, etc.) para la reserva rescEU en casos de urgente necesidad. Además, tiene como objetivo dotar de una mayor autonomía y rapidez en las cuestio-

nes de transporte y logística, perimiendo a la Comisión Europea abordar carencias en este sentido. De esta forma, si un país ofrece ayuda pero no tiene como enviarla, la UE puede organizar y financiar el transporte de forma más rápida y ágil. Se refuerza para ello, el papel del Centro de Coordinación de la Respuesta a Emergencias con mecanismos de monitorización de riesgos 24 horas. Como objetivo fundamental también cuenta con la resiliencia apelando a la propia organización de los estados para que tengan unos estándares mínimos de preparación ante una posible catástrofe natural o humana. Para el cumplimiento de todos estos objetivos, se ha dotado con un mayor presupuesto para el periodo 2021-2027, asignándoles 1.263 millones de euros, a los que se sumaron más de 2.000 millones adicionales procedentes del fondo de recuperación NextGeneration Eu para paliar los efectos de la crisis del COVID-19.

La Unión Europea provee a los Estados miembros de diversos Fondos Estructurales y de Inversión (EIE), tales como el FEDER y el FEADER, destinados a la gestión de contingencias climáticas y de infraestructura. En este contexto, destaca el fondo RECOVER, ratificado mediante el Reglamento (UE) 2021/2115. Dicho mecanismo faculta a las administraciones nacionales para la reasignación de hasta un 10% de los recursos provenientes del FEDER y el FSE+ hacia iniciativas de reconstrucción con resiliencia post-catástrofe, beneficiándose de elevados niveles de cofinanciación comunitaria.

Paralelamente, el ordenamiento jurídico europeo se ha reforzado con la Ley Europea del Clima y el Pacto Verde Europeo (Green Deal). Estos instrumentos configuran el marco estratégico a largo plazo para alcanzar la neutralidad climática, orientándose a mitigar las causas subyacentes de los fenómenos naturales extremos, si bien su objeto principal no es la regulación directa de las compensaciones por daños. El Pacto Verde Europeo es la estrategia de la UE para ser climáticamente neutra con un objetivo a 2050, transformando su economía de forma sostenible, mientras que la Ley Europea del Clima es el instrumento legal que convierte este objetivo en una obligación vinculante, estableciendo objetivos ambiciosos como la reducción de las emisiones, al menos en un 55%, para 2030 y la neutralidad climática para 2050.

En España se ha procedido a la transposición de esta normativa mediante un sólido cuerpo legislativo; Real Decreto 307/2005: Regula el sistema de subvenciones para la atención de necesidades derivadas de situaciones de emer-

gencia o naturaleza catastrófica y de manera más específica, el Real Decreto-ley 12/2025 que articula la concesión de ayudas directas a los damnificados y define las líneas de acción para la reconstrucción, integrando para ello el uso de los fondos europeos anteriormente mencionados.

Además, el compromiso internacional asumido por los Estados en la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas de 2015 a través del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015 a 2030³⁰ establece una hoja de ruta global para alcanzar una disminución sustancial de las pérdidas y fortalecer la resiliencia ante catástrofes. Entre sus objetivos figura reducir la mortalidad mundial causada por los desastres, así como el número de personas afectadas, reducir las pérdidas económicas en relación con el PIB y los daños en las infraestructuras e interrupción de los servicios públicos. Además, pretende incrementar el número de países que cuenten con estrategias de reducción del riesgo de desastres a nivel nacional y local, fomentar la cooperación internacional y la disponibilidad y acceso a los sistemas de alerta temprana.

3.5 Obligaciones y deber de actuación de la Administración

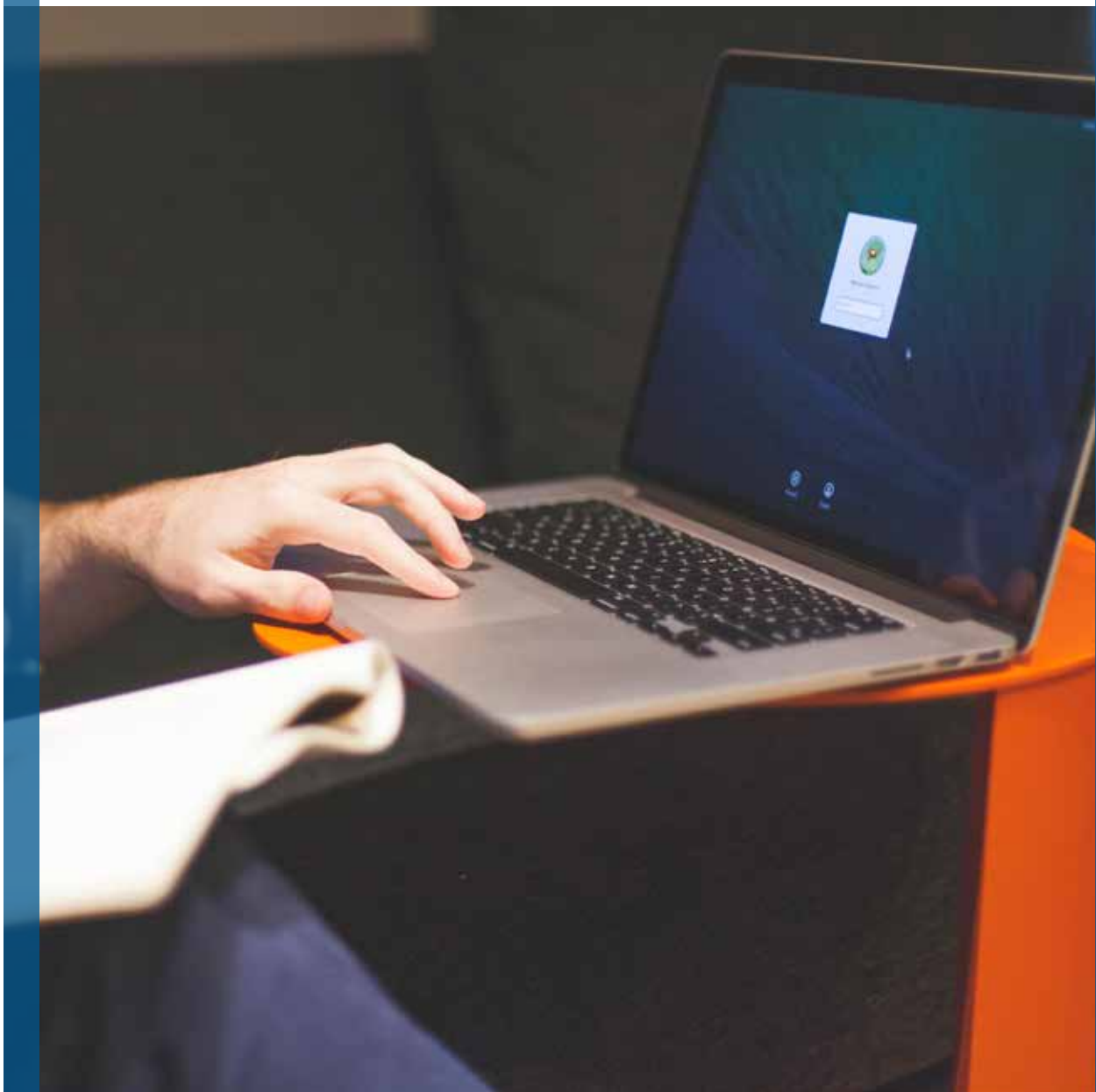
3.5.1 Obligación de prevención

El marco normativo actual establece que, para que la Administración asuma la responsabilidad patrimonial debe existir además de los presupuestos esenciales para la existencia de responsabilidad, un vínculo directo de causa y efecto entre su intervención o no y el daño efectivo. Partiendo de esta premisa, nos centraremos en los supuestos en los que la Administración, por incumplimiento de su deber de prevención, propicia la producción del daño, erigiéndose éste como principal criterio de imputación y como factor determinante de la causalidad del daño.

La prevención y la precaución resultan clave, en cuanto a la imposición a los poderes públicos del deber de diligencia en su posición de garantes de la seguridad de los ciudadanos. De este modo, cuando se producen daños vinculados a los riesgos naturales previsibles, es decir, que eran conocidos y por consiguiente, evita-

30 Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres, 2015-2030.

Disponible en: https://www.unisdr.org/files/43291_spanish-sendaiframeframeworkfordisasterri.pdf



bles, surge la vía para atribuir responsabilidad por parte de la Administración.

Si la conducta activa de la Administración es la causa directa del riesgo o lo ha agravado de manera significativa, puede redundar en responsabilidad por parte de la Administración, pero también va a generar dicha responsabilidad la conducta omisiva, cobrando ésta especial relevancia, pues va en consonancia con el incumplimiento de los estándares de diligencia exigibles y el deber de actuación. Además, es preciso mencionar que para el cumplimiento, dentro de las obligaciones de la Administración están las facultades de control y policía en rela-

ción con el buen mantenimiento de las infraestructuras de contención o la seguridad urbanística. Como ejemplifica Jesús Conde Antequera, la autorización de actividades vulnerables en zonas de riesgo supone el aumento del riesgo y la peligrosidad³¹.

La imputación de daños a los servicios públicos requiere necesariamente la concurrencia de una obligación jurídica de actuar previa y es-

³¹ CONDE ANTEQUERA, J. «La responsabilidad de la Administración por daños derivados de fenómenos naturales: especial referencia al riesgo de inundación», págs. 67-100.

pecífica. La responsabilidad queda supeditada a la preexistencia de deberes de intervención orientados a la mitigación o supresión de los riesgos naturales. Sobre esta base, la doctrina jurisprudencial ha consolidado la posibilidad de exigir indemnización cuando los daños derivados de fenómenos naturales resultaban evitables mediante una actividad administrativa diligente. Esta diligencia se manifiesta en la correcta delimitación de las áreas de peligro o en la exclusión de usos y actividades vulnerables en dichas zonas. Tal deber de actuación debe interpretarse de manera extensiva, encontrando su justificación última en el mandato constitucional de garantizar la seguridad pública y la integridad de los ciudadanos.

En este sentido, es preciso mencionar la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana, aprobada por Real Decreto Legislativo 7/2015 de 30 de octubre, pues prevé en su artículo 20, la obligación de observar el principio de prevención en materia de ordenación territorial, teniendo en cuenta los riesgos naturales y los derivados del cambio climático.

3.5.2 Deber de actuación

Nos referiremos al deber de actuación como la obligación jurídica que tiene la Administración de actuar de una forma concreta. Para que la omisión de este deber derive en responsabilidad patrimonial para la Administración, debe existir previamente un mandato jurídico que le imponga una obligación de actuar de una determinada manera ante diversas circunstancias. Así, en el ámbito que nos ocupa, será la Administración responsable cuando incumpla total o parcialmente, los estándares exigibles de una actuación diligente, atendiendo además a los medios de los que dispone la Administración para poder cumplir con este deber³².

La Sala Tercera del Tribunal Supremo, en su sentencia de 28 de diciembre de 2011, en un supuesto de reclamación por ruidos excesivos, señaló la obligación de la Administración de intervenir cuando se ven afectados derechos fundamentales o intereses legítimos protegidos por la ley, entendidos en este caso como el derecho a la intimidad personal y familiar y la inviolabili-

dad del domicilio. Determina la Sentencia, que la Administración incurre en responsabilidad patrimonial cuando, teniendo conocimiento de una situación de riesgo o ilegalidad, no actúa de forma diligente. No siendo suficiente, la apertura de expedientes sancionadores si luego no se ejecutan o se logra el cese de la molestia³³.

3.6 Títulos de imputación de responsabilidad a la Administración

A colación de los conceptos anteriores y dentro de lo que cabría esperar como funcionamiento normal de los servicios públicos, podríamos, siguiendo la diferenciación efectuada por Jesús Conde Antequera, distinguir entre la responsabilidad que surge de la falta de previsión del riesgo natural y su inclusión en el planeamiento urbanístico y la que se deriva por la falta de adopción de las medidas que mitiguen los riesgos naturales³⁴.

La primera modalidad se deriva de la deficiencia en la detección y previsión de los peligros naturales y su inclusión en los planes de ordenación urbanísticos. Es de obligado cumplimiento, pues así lo recoge el principio de desarrollo territorial y sostenible desarrollado en el artículo 3 del RDL 7/2015 de 30 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana, observar por parte de los poderes públicos, una *“prevención adecuada de riesgos y peligros para la seguridad y la salud públicas”*. Ello va encaminado a la articulación de medidas que minimicen los riesgos o los supriman en el contexto de las posibles amenazas naturales que puedan afectar a un territorio concreto.

En este contexto, resulta esencial la cartografía referida a los riesgos naturales, ya que permitirá organizar los usos del suelo que manera que se prohíba situar viviendas o actividades en áreas de riesgo. Esta documentación técnica, obligatoriamente se debe incluir en el planeamiento y la ausencia de ésta, constituye un factor de imputación de responsabilidad ante posibles daños que puedan surgir.

Así, desde la perspectiva de zonas de riesgo, obligatoriamente se deberá calificar como suelo rural, aquella zona que previamente se

32 AGUADO I CUDOLÀ, V. Y NETTEL BARRERA, A.C., «La Responsabilidad patrimonial por inactividad de la Administración», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A. (coord.): *Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales*, 2.a ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2013, págs. 308-309.

33 STS de 28 de diciembre de 2011, rec. núm. 9064/2011, ECLI:ES:TS: 2011:9064.

34 CONDE ANTEQUERA, J. «La responsabilidad de la Administración por daños derivados de fenómenos naturales: especial referencia al riesgo de inundación», págs. 80-90.

haya señalado cartográficamente como crítica o de riesgo, preservándola así, de cualquier transformación urbanística.

El límite a este deber de prevención en el planeamiento, podemos fijarlo en el conocimiento técnico y científico, por tanto, si el riesgo no era previsible en el momento de la elaboración del plan y tras haber consultado los mapas de riesgos existentes y actualizados en el momento, podrá quedar exenta, la Administración de responsabilidad.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo en este sentido, en su sentencia de 11 de octubre de 2010, en el caso del camping “Las Nieves” en Biescas, declaró la responsabilidad patrimonial conjunta y solidaria de la Confederación Hidrográfica del Ebro y de la Diputación General de Aragón, por la falta de previsión en el planeamiento ya que el camping estaba situado en una zona de peligro, en concreto, en un abanico aluvial. La Administración debió preverlo al autorizar la actividad de camping. La condena fue solidaria, pues como hemos visto en cuanto al reparto de competencias, la Diputación General

de Aragón, tiene las propias en materia de ordenación y la Administración Pública (Cuenca Hidrográfica del Ebro), al ser un organismo dependiente del entonces Ministerio de Medio Ambiente, por su actuación negligente en cuanto al a evaluación y gestión del riesgo hidráulico³⁵.

La segunda vía se relaciona con el incumplimiento por parte de la Administración en cuanto a sus obligaciones de limitación o reducción del riesgo, dentro de su actividad de limitación u ordenación, referida ésta a la potestad que tiene el Estado de intervenir para supervisar y controlar cualquier actividad que pueda afectar a la seguridad colectiva o al interés general. La falta de diligencia en las labores de cuidado y conservación del medio, si se demuestra la conducta omisiva de la Administración, también dan lugar a responsabilidad.

Otro supuesto sería la pasividad ante la edificación ilegal en zonas de riego también supo-

35 STS de 11 de octubre de 2010, rec. núm. 815/2006, ECLI:ES:TS:2010:5160.



ne una quiebra de la diligencia exigible en cuanto a las labores de control.

Podemos señalar por último en cuanto a esta segunda vía de imputación a la Administración, la responsabilidad que se deriva de la falta de control sobre las licencias y autorizaciones que se conceden, cuando éstas se otorgan con omisión de las advertencias técnicas o sin tener en cuenta la vulnerabilidad de la construcción o instalación.

3.7 Procedimientos de responsabilidad patrimonial

El procedimiento de reclamación de responsabilidad a la Administración viene regulado en la LPACAP, en su art. 65 y ss.

Durante el desarrollo del expediente administrativo de reclamación, la LPACAP, impone, la obligatoriedad de recabar informes técnicos además de los preceptivos del servicio que se presume responsable del daño (art. 81), siendo fundamental estos, en materia de daños producidos por fenómenos naturales. Su objetivo es ratificar si los hechos ocurrieron realmente, evaluar la autoría del servicio público y confirmar la relación de causalidad con el perjuicio causado.

La resolución que ponga fin al caso no puede ser arbitraria; debe estar plenamente justificada. En ella, la Administración tiene que analizar de forma pormenorizada si concurren los elementos legales de la responsabilidad, determinar el valor económico de la pérdida y decidir si procede o no el pago de la indemnización.

Respecto a los tiempos, el margen legal para dictar y notificar la decisión es de seis meses. Si del asunto y del ámbito territorial donde se haya producido el evento lesivo, siguiendo para ello los criterios de atribución de competencias establecidos en el artículo 92.

Este marco legal garantiza que el proceso de reclamación sea transparente y que el ciudadano tenga una vía de salida clara (la judicial) en caso de que la Administración no responda a tiempo a su solicitud de resarcimiento.

En el contexto de los daños producidos por fenómenos naturales, a la hora de reclamar, cabe la posibilidad de constatar la existencia de pólizas que cubran el riesgo y plantearnos la posibilidad de ejercitar acción directa. Por ejemplo, en un caso de responsabi-

lidad patrimonial de un ayuntamiento por la caída de un árbol en la vía pública cuando existe una falta de mantenimiento o negligencia en la conservación del arbolado. El afectado tiene derecho a indemnización por daños personales o materiales (vehículos, viviendas) siempre que la caída no sea producto de una fuerza mayor o fenómeno atmosférico extraordinario y podrá, o bien, efectuar la oportuna reclamación patrimonial al Ayuntamiento, por los cauces del procedimiento descritos anteriormente o, podrá ejercitar la acción directa frente a la aseguradora del ente público.

En este sentido, se suscitan los problemas de la acción directa, cómo va a indemnizar una aseguradora si no se ha declarado la responsabilidad de su asegurado por el hecho reclamado. La aseguradora suele defenderse alegando que su obligación de pago está condicionada a que exista una responsabilidad oficial previa del Ayuntamiento. Sin embargo, la ley permite superar este obstáculo mediante la autonomía de la acción directa, lo que significa que un juez puede valorar la negligencia en el mantenimiento del árbol específicamente para obligar a la aseguradora a pagar, incluso si el Ayuntamiento no ha admitido su culpa.

El riesgo principal aparece cuando el Ayuntamiento dicta una resolución firme negando la responsabilidad y el afectado no la recurre, ya que en ese caso la aseguradora utilizará esa decisión administrativa para bloquear cualquier reclamación posterior. Por tanto, para que la aseguradora indemnice pese a la negativa inicial del municipio, es imprescindible contar con pruebas periciales que demuestren que el daño no fue accidental, sino fruto de una falta de conservación.

IV. EL RIESGO VOLCÁNICO

4.1 Especial mención al riesgo volcánico. La situación de las Islas Canarias

De acuerdo con el artículo 2 del RD 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de riesgos extraordinarios, se entiende por erupción volcánica como todo aquel material expulsado por un volcán. Ante un riesgo volcánico, como es el caso de todo el territorio de Canarias, resulta imperativo el análisis de cuatro cuestiones: dos de tipo preventivo, la prevención y la predicción y dos, de manera reparatoria una vez se haya

materializado el peligro natural: gestión de la crisis y recuperación³⁶.

En cuanto a la prevención, resulta fundamental la ordenación del territorio. En este sentido, teniendo en cuenta la competencia autonómica en materia de planeamiento urbanístico, acudiremos a la Ley 4/2017, de 13 de julio, del Suelo y de los Espacios Naturales Protegidos de Canarias, que desarrolla la obligación legal estatal impuesta de catalogar como suelo rústico toda zona de riesgo y se prohíba por consiguiente, la construcción o cualquier tipo de actividad. Esta obligación se materializa en el art. 33 estableciendo la catalogación de suelo rústico de los terrenos necesitados de protección por riesgos ciertos naturales o tecnológicos. Además, en el art. 37, se impone a los propietarios de suelo rústico el deber de diligencia en cuanto a la conservación y buen estado del suelo y lo que sea parte de él. Aunque esta ley no menciona el riesgo volcánico expresamente, más que en su disposición adicional vigesimosexta *“Declaración de ruina de edificaciones afectadas por una erupción volcánica”*, sí atiende al riesgo geológico, categoría que incluiría el fenómeno que analizamos, desde una vertiente preventiva, de ordenación y control.

La planificación territorial se erige como una herramienta útil para aumentar la resiliencia territorial, pues el planeamiento debe adelantarse a los cambios que se producen en nuestro entorno. Para ello, resulta de vital importancia, la cartografía de riesgos, pues estos mapas van a facilitar la implementación de medidas preventivas en la ordenación del territorio en función de los distintos niveles de riesgo, teniendo en cuenta la exposición y la vulnerabilidad³⁷.

Los mapas de peligrosidad volcánica, a disposición de la población en general a través del Gobierno de Canarias en RIESGOMAP³⁸, se utili-

zan en el planeamiento del territorio y se realizan a través de la simulación de los peligros volcánicos (previsión del flujo de coladas de lava, piroclastos de caída y dispersión de la ceniza volcánica), además tienen en cuenta factores como la topografía, el viento o las características geológicas. Con la información que se recabe, se elaborarán tres tipos de mapas: mapa de peligrosidad (tendrá en cuenta todos los peligros), mapa de peligro volcánico (sólo atenderá al peligro volcánico) y mapa de susceptibilidad (tiene en cuenta la probabilidad de albergar un nuevo centro eruptivo en un área de peligro ya considerada).

En el archipiélago canario, el proceso de planificación territorial se encuentra íntimamente ligado con el principio de preservación del suelo rústico en el sentido de su defensa como bien jurídico de especial protección, aunque no siempre ha sido así. Los procesos de antropización y ocupación durante la segunda mitad del siglo XX se efectuaron al margen de toda planificación territorial. Esta ordenación territorial deficiente, permitió los asentamientos de población en zonas impensables en la actualidad, aumentado la exposición al riesgo volcánico y, por ende, la vulnerabilidad de ciertas zonas del archipiélago. Según Miguel Ángel Morcuende Hurtado, los planes generales de ordenación de las islas adolecen de la variable de riesgo sismo volcánico, considerándolo como una vulneración del principio de seguridad y prevención en un ámbito geográfico que lo demanda. Además, destaca la necesidad de la divulgación a nivel didáctico, así conforme a sus propios términos: *“Los alumnos actúan como correa de transmisión familiar, facilitándoles la acción sobre el riesgo y las medidas para reducir el mismo, tratando de mitigar su vulnerabilidad y su exposición, comprendiendo el valor que tiene su «aprehensibilidad»”*³⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe plantearse qué pasa con las viviendas ya construidas en suelo posteriormente cartografiado y catalogado como suelo de peligrosidad volcánica. Esta es una cuestión compleja, pues las viviendas legalmente construidas en su día, tras la aprobación del plan de ordenación que cambia la clasificación del suelo, quedan en situación

36 FERNÁNDEZ GARRIDO, M.I. Los riesgos naturales en España y en la Unión Europea: incidencia y estrategias de actuación. Dr. D. Juan Carlos García Codron, Universidad de Cantabria (Dir.) y Dr. D. Jean- Sylvain Magagnosc, Universidad de Poitiers (Dir.), Santander, 2006.

37 CÓRDOBA HERNÁNDEZ, R.: Estructura territorial resiliente. Análisis y formalización a través del planeamiento urbanístico. GONZÁLEZ GARCÍA, I. (dir.), Universidad Politécnica de Madrid, Departamento de Urbanística y Ordenación del Territorio, Madrid, 2021. Disponible en: https://oa.upm.es/69364/1/RAFAEL_CORDOBA_HERNANDEZ.pdf

38 RIESGOMAP. Memorias, cartografía y mapas del proyecto «Prevención de Riesgos Naturales y Tecnológicos en la Planificación Territorial y Urbanísticas - RIESGOMAP (MAC/3/C171)» perteneciente al Programa de Cooperación Transnacional Madeira - Azores - Canarias (MAC 2007 -

2013), cofinanciado por el FEDER. Disponible en: <https://opendata.sitcan.es/dataset/riesgomap>

39 MORCUENDE HURTADO, M.A., «La Gestión del Volcán Tajogaite/Cabeza de Vaca (Cumbre Vieja, La Palma, 2021)», *cosmológica*, n.º 3 (Santa Cruz de La Palma, 2023), págs. 99-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9103699>

de fuera de ordenación y por tanto, en un limbo urbanístico. Las soluciones que se están planteando en el territorio canario son varias, pudiendo destacar la solución dada por la Ley 2/2024, de 29 de mayo, de medidas en materia territorial y urbanística para la recuperación económica y social de la isla de la Palma tras la erupción volcánica de Cumbre Vieja, en su artículo 4, previendo la posibilidad de permuta de sus terrenos o la imposibilidad de ampliación (que no reconstrucción) de las casas construidas en este tipo de suelo y afectadas por la erupción.

Además, en este sentido, la Ley 4/2024, de 26 de julio por la que se adoptan medidas urgentes en materia de vivienda protegida para la recuperación económica y social de la isla de La Palma tras la erupción volcánica de Cumbre Vieja, prevé la creación de viviendas protegidas en zonas seguras situadas en municipios colindantes. Aunque esta ley prevé la posibilidad de los palmeros de quedarse en las zonas afectadas por la erupción, supedita esta posibilidad a la viabilidad técnica.

Dentro de las medidas preventivas, la predicción se erige clave. La Administración, cuenta con instituciones de investigación científica, tanto a nivel nacional como el Instituto Geográfico Nacional (IGN), el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto Geológico y Minero de España (IGME), este último integrado en el CSIC, como instituciones especializadas en Canarias, como el Instituto Vulcanológico de Canarias (INVOLCAN). Estos medios resultarán fundamentales en el estudio del riesgo volcánico pues permitirán predecir de forma aproximada del momento en el que va a producirse una erupción y el lugar donde discurrirá la lava. Mientras que otros peligros naturales no son previsibles, como es el caso de un terremoto, en el ámbito vulcanológico no ocurre así, pues, aunque no puede determinarse el momento exacto en el que va a producirse una erupción, previo a ésta, se producen una serie de eventos como los seísmos y el aumento de la cámara magmática que, mediante los sistemas de monitorización, nos permiten saber si la erupción es más o menos inminente.

En concreto, la institución del CSIC como órgano superior de investigaciones científicas, va a ser determinante en lo relativo a las medidas de predicción y prevención. A lo largo de los últimos años ha ido liderando múltiples proyectos de investigación centrados en el estudio del vulcanismo y sus riesgos derivados. Estas

iniciativas han propiciado avances fundamentales en el conocimiento científico y se ha logrado una comprensión integral de las amenazas y peligros volcánicos. En última instancia, los resultados obtenidos de la investigación resultan determinantes para implementar las medidas de mitigación y estrategias de adaptación, lo que pone de relieve el papel vertebrador de la ciencia a la hora de abordar los retos sociales y de seguridad que conlleva la actividad volcánica. La labor del CSIC en cuanto a los riesgos volcánicos se estructura en las siguientes fases:

- Planificación preventiva a largo plazo. Se desarrolla durante los periodos de estabilidad del sistema volcánico, cuando los parámetros se mantienen dentro de los niveles de normalidad histórica y no se detectan alteraciones en su comportamiento de base.
- Fase de agitación o intranquilidad (*unrest*): Comprende el conjunto de actuaciones ante cambios físicos y químicos que indican una variación en el estado de reposo.
- Gestión de la crisis volcánica inminente: Se activa cuando la fase de agitación se agrava, incrementando el riesgo de una erupción. En este escenario, se intensifica el seguimiento científico, se actualizan permanentemente los pronósticos y se inician los protocolos de los planes de emergencia y los cambios en los niveles de alerta.
- Ejecución de la respuesta y atención a la erupción: Consiste en la puesta en marcha efectiva de las medidas de protección civil para salvaguardar la integridad de las personas y los bienes. Incluye la evacuación de las zonas afectadas, la prestación de ayuda humanitaria, la coordinación entre instituciones y el flujo constante de información técnica hacia las autoridades y la ciudadanía.
- Recuperación tras la erupción y fortalecimiento de la resiliencia: Una vez finalizada la actividad, se procede a la valoración de daños, la ordenación del territorio afectado y la reconstrucción de infraestructuras. Asimismo, se trabaja en la rehabilitación de las zonas damnificadas y en la actualización de las medidas de seguridad para minimizar riesgos ante futuros episodios⁴⁰.

40 BOLÓS, X., BARDE-CABUSSION, S., GEYER, A., SÁNCHEZ, N., GALINDO, I., FRAILE-NUEZ, E.

VÁZQUEZ, J.T. (coords.). «El riesgo volcánico» en *Ciencia*

Es preciso mencionar también, el Plan Nacional de Vigilancia Sísmica, Volcánica y de Otros Fenómenos Geofísicos, impulsado por el IGN y aprobado en 2025, ya que tiene como objetivo principal optimizar los recursos de las administraciones públicas y mejorar los sistemas de alerta temprana, detección y monitorización de geopeligros en todo el territorio nacional⁴¹

En lo relativo a gestión de la crisis volcánica aludiremos a la erupción del volcán Tajogaite en La Palma, como precedente histórico de actuación. La gestión se llevó a cabo poniendo en marcha el PEVOLCA (Plan Especial de Protección Civil y Atención de Emergencias por riesgo volcánico en la Comunidad Autónoma de Canarias), surgido como plan especial de su matriz PLATECA (Plan Territorial de Emergencias de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Canarias). Este plan se crea en el año 2018 como instrumento de actuación ante una emergencia volcánica y con el objetivo de garantizar una respuesta coordinada, ágil y eficaz de todas las administraciones públicas ante una crisis volcánica. Contiene el mapa de riesgo volcánico y dentro de éste la catalogación de los elementos vulnerables, los mapas de peligro, los programas de formación del personal interviniente, la divulgación ciudadana y los simulacros entre otras cuestiones. Sobre la vulnerabilidad, elemento clave en una emergencia, determina que, *“La catalogación de los elementos vulnerables será fundamental para la evaluación de las consecuencias previsibles que produzca una erupción volcánica y formará parte de la evaluación de riesgo detallada, pues variará en función de la vulnerabilidad del medio en el que se materialice el riesgo”*⁴².

Además del PEVOLCA, se desplegaron otros planes de ámbito local, como el PEINPAL (Plan de Emergencia Insular de La Palma), organizado y diseñado por el

Cabildo de La Palma y el PEMU (Plan de Emergencia Municipal, activado por los ayuntamientos de los municipios afectados de El Paso, Los Llanos de Aridane, Tazacorte, Fuencaliente

para las Políticas Públicas. Gabinete de Presidencia CSIC, Madrid, 2024. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/el-riesgo-volcanico-2/>

41 Plan Nacional de Vigilancia Sísmica, Volcánica y de Otros Fenómenos Geofísicos, aprobado por Consejo de Ministros el 4 de marzo de 2025. Disponible en: <https://www.ign.es/resources/docs/IGNCnig/PlanNacional-sismica.pdf>

42 Plan Especial de Protección Civil y Atención de Emergencias por riesgo volcánico en la Comunidad Autónoma de Canarias, aprobado por Decreto 112/2018 de 30 de julio, BOC, 9 de agosto de 2018. Disponible en <https://www.gobiernodecanarias.org/boc/2018/154/002.html>

y Villa de Mazo, estos dos últimos de manera preventiva al estar en el área de riesgo.

Por último, en lo relativo a las medidas de recuperación, éstas se articularon a través de la aprobación del RDL 20/2021 de 5 de octubre por el que se adoptan medidas urgentes de apoyo para la reparación de los daños ocasionados por las erupciones volcánicas y para la reconstrucción económica y social de la isla de La Palma, estableciendo entre otras, la concesión de ayudas para la reposición de la vivienda destruida o reparación de la vivienda dañada, beneficios fiscales o subvenciones a la infraestructura productiva de la isla.

Además de la aprobación de este Real Decreto, también se aprobó el RDL 28/2021 de 17 de diciembre, para complementar que las medidas de carácter fiscal, en materia de seguridad social y agrarias.

El CSIC, también contribuyó en esta fase de recuperación, al ofrecer un respaldo técnico a los organismos responsables mediante estudios que facilitan las tareas de rehabilitación del entorno. Asimismo, supervisa de cerca otros factores críticos para la seguridad y el medio ambiente, tales como la naturaleza y concentración de las emisiones gaseosas, la calidad de los acuíferos, la firmeza de los suelos y las repercusiones detectadas en el medio marino.

En la reparación del daño también intervino el CCS. No existiendo desde la aprobación del Reglamento del Consorcio, precedentes volcánicos, la erupción de la Palma supuso una estimación en pérdidas por parte de éste, de 179.016.000 euros en 2021. En el año 2023, el CCS había abonado 232.400.000 euros⁴³.

El problema para el cobro de la indemnización prevista por CCS surgió en cuanto a los requisitos para su acceso, pues la indemnización quedaba supeditada a la contratación previa de una póliza de seguro sobre el bien en la que además, se incluyese el recargo del CCS por riesgos extraordinarios. La póliza también tenía que estar en vigor en el momento de la erupción y posterior destrucción. Requisitos lógicos dentro del ámbito del derecho de seguro, pero desconocidos para muchos palmeros que no pudieron acceder a la ayuda.

43 SORIANO CLAVERO, B. «Revisión de las valoraciones del riesgo de erupción volcánica y aplicación al evento de la Palma», *Revista digital Consorsegueros*. 2021, núm. 15. Disponible en: <https://consorseguerosdigital.com/almacen/pdf/revision-de-las-valoraciones-del-riesgo-de-erupcion-volcanica-y-aplicacion-al-evento-de-la-palma.pdf>

Otro de los problemas que se suscitaron, fue la discrepancia de los propietarios de las viviendas afectadas con la valoración efectuada por los peritos del CCS.

En este aspecto el RD 20/2021, para el acceso a la ayuda que el CCS no cubriese y con un límite de 60.480€ por inmueble, preveía como requisitos a acreditación de la titularidad de la propiedad, que ésta fuese vivienda habitual con la consiguiente carga de la prueba para el propietario y la acreditación del daño, mediante un certificado expedido por la entidad pública relativa a la magnitud de los daños sufridos (totales o parciales).

En conclusión, al tratarse lo acontecido en la Palma como un supuesto de fuerza mayor con la consiguiente declaración de zona gravemente afectada por una emergencia de protección civil, ha imperado el principio de solidaridad frente a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por incumplimiento de sus deberes de prevención.

4.2. Análisis de la Ley 5/2025 de 30 de septiembre, de volcanes de Canarias

La «Ley de Volcanes» de 30 de septiembre de 2025, surgió para dar respuesta a los problemas suscitados tras la erupción del volcán Tajogaite, representando un hito legislativo en nuestro país por ser la primera norma integral dedicada a la gestión de la reconstrucción y la resiliencia en zonas volcánicas. Ya en su exposición de motivos, contextualiza la vulnerabilidad de Canarias y la necesidad de un marco jurídico estable que supere los decretos – leyes temporales.

Entre sus novedades principales destaca:

- Posibilidad de que los afectados puedan volver a instalarse en el mismo lugar donde se encontraban sus propiedades, siempre que sea posible y garantizando la seguridad. En el caso de no ser posible, prevé la cesión de suelo en el mismo municipio o en los municipios próximos (art. 1).
- Extensión de la consideración de afectado las personas herederos y causahabientes de las personas afectas, subrogándose en su posición en caso de fallecimiento del afectado (art. 3.2).
- Fomentar la educación, a través de la formación de la población sobre cómo actuar ante un riesgo volcánico (art. 18).

- Reforzar la vigilancia mediante la monitorización sísmica y volcánica en todo el territorio canario (art.30).

También se incluye una regulación estricta sobre la prevención, obligando a actualizar permanentemente los mapas de riesgo y a informar a cualquier comprador de inmuebles sobre la peligrosidad volcánica de la zona y en su disposición adicional primera establece la posibilidad de la crear un “Consortio de para la recuperación de la situación de normalidad” que implicaría la agilización en materia económica, reduciendo los obstáculos burocráticos.

De particular interés es el artículo 28, que impone a la Comunidad Autónoma de Canarias la obligación de requerir a las compañías aseguradoras que operen en Canarias, o en su caso al CCS, que faciliten a la población la información necesaria para el aseguramiento de las viviendas situadas en zonas de riesgo volcánico, incluyendo las de alto riesgo. Esta previsión trata de corregir uno de los principales problemas detectados tras el Tajogaite: el desconocimiento generalizado de los requisitos de acceso al CCS y la consiguiente desprotección de una parte significativa de los afectados.

En definitiva, con esta ley, Canarias se dota de una herramienta pionera que equilibra la protección del nuevo patrimonio geológico con el derecho constitucional a una vivienda y a la recuperación de los medios de vida de sus habitantes.

4.3 Análisis de los pronunciamientos judiciales relativos a la erupción del volcán Tajogaite de 2021

Los recientes pronunciamientos del Tribunal Superior de Justicia de Canarias han venido a dar respuesta a los problemas jurídicos generados a raíz de la erupción en La Palma, y que van creando precedentes sobre la manera en que nuestros Tribunales, los resuelven. Aunque no podemos hablar de jurisprudencia mayor, pues no hay sentencias aún sobre esta materia en el Tribunal Supremo, sí podemos comentar la creada por el Tribunal Superior de Justicia de Canarias.

Así, podemos analizar los problemas surgidos y las decisiones tomadas al respecto:

- Viviendas con carga hipotecaria. En estos supuestos, el TSJ de Canarias ha resuelto que la cantidad abonada en concepto de ayuda por el CCS irá destinada a la entidad

bancaria si pesa sobre la vivienda afectada una carga hipotecaria y hasta cubrir la cantidad adeudada. La STSJ de Canarias de 3 de abril de 2025, ejemplifica esta cuestión; una afectada que perdió su vivienda valorada en 199.438,76€, recibió por parte del CCS la cantidad de 190.019,07€, importe que fue entregado directamente a la entidad bancaria para cubrir el crédito hipotecario. Su vivienda estaba valorada en 199.438,76€, por lo que recibió como ayuda por parte del Estado, los 9.419,69€ que cubrían la diferencia hasta el límite del valor del daño producido. El Tribunal resolvió recordando que el art. 1877 del Código Civil y el art. 109 de la Ley Hipotecaria, establecen que la hipoteca recae también sobre las indemnizaciones que sustituyan al bien si este desaparece⁴⁴.

- Discrepancias sobre la valoración de las viviendas. En este contexto, el TSJ de Cana-

rias en su sentencia de 2 de mayo de 2025, determinó la improcedencia de la indemnización reclamada por un perjudicado por la erupción volcánica, al entender que había recibido 145.000€ por parte del CCS y según la valoración de su perito y no se acreditó por el reclamante que el valor de su vivienda fuera superior⁴⁵.

Sobre la valoración efectuada por el perito del CCS, es importante conocer la posibilidad de impugnación de la tasación efectuada por éste en vía administrativa y la aportación de contra pericial, ya que de no hacerse en el momento oportuno, luego no podrá hacerse en vía judicial, como reza la sentencia del TSJ de Canarias de fecha 24 de abril de 2025 con otro damnificado por la erupción del volcán⁴⁶.

44 STSJ ICAN de 3 de abril de 2025, rec. núm. 204/2024, ECLI:ES:TSJICAN:2025:1208.

45 STSJ ICAN de 5 de mayo de 2025, rec. núm. 161/2023, ECLI:ES:TSJICAN:2025:2949.

46 STJS ICAN de 24 de abril de 2025, rec. núm. 12/2025, ECLI:ES:TSJICAN:2025:1281.



- Falta de acreditación de la titularidad de la vivienda. Este es uno de los problemas que más se repiten, la existencia de muchas viviendas que carecían del justo título. Así, el TSJ en su sentencia de 19 de febrero de 2025 y 30 de enero de 2025, resolvió que el requisito de propiedad es condición *sine qua non* para acceder a la ayuda económica. No obstante, teniendo en cuenta la realidad de muchas de las viviendas afectadas, se permitió la acreditación “flexible” de la titularidad mediante la aportación de cualquier documento admisible en derecho como los recibos del IBI, certificados catastrales, etc. y teniendo estos efectos sólo en aras de percibir la ayuda y no como declaración de propiedad frente a terceros⁴⁷.

Tampoco probará la titularidad de la vivienda ni los derechos como usufructuario, la aportación de sentencia de divorcio donde se atribuya el uso al cónyuge reclamante de la ayuda. En la sentencia del TSJ de Canarias, de 17 de octubre de 2024, se desestimó el recurso interpuesto por una ciudadana de la Palma que reclamaba ayuda por destrucción total de su vivienda habitual, intentando acreditar la titularidad del inmueble con la sentencia de divorcio por la que se le atribuía el uso del domicilio familiar. Resolvió el Tribunal que esa atribución no se trataba de un usufructo sino de un derecho de carácter familiar y no derivado de un derecho real⁴⁸.

- Requisito de la vivienda habitual para la percepción de la ayuda. En la Sentencias del TSJ de Canarias de fecha 17 de diciembre de 2024, se desestimó el recurso interpuesto por un perjudicado, en reclamación de la ayuda por la pérdida de su vivienda, al no poder acreditar que era su vivienda habitual. Es importante, en este supuesto la acreditación de la condición de vivienda habitual, mediante la aportación de un certificado de empadronamiento⁴⁹.
- Situación de ERTE por fuerza mayor. Sentencia del TSJ de Canarias de 22 de julio de 2025. En este caso fue denegado el ERTE

por fuerza mayor a la empresa solicitante, dedicada al renting de vehículos, por no acreditarse que la disminución del trabajo se debió directamente a la erupción sino por la disminución de turistas, constituyendo este hecho una causa productiva y no de fuerza mayor. Además, no se probó que los centros de trabajo estuvieran en zonas evacuadas ni que existieran restricciones de movilidad para los empleados que impidieran desarrollar la actividad normal⁵⁰.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA.- La responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas por daños ocasionados por fenómenos naturales se configura, dentro de nuestro ordenamiento jurídico, como una responsabilidad objetiva, cuyo eje central es la antijuricidad del daño sufrido por el particular. Ello, supone que el ente público puede ser responsable, aun cuando su actuación se haya ajustado formalmente a la legalidad, siempre que el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, y, que el ciudadano no tenga el deber jurídico de soportarlo. Para que exista título de imputación, deberá existir además relación causal directa entre el daño sufrido por el particular a causa de un fenómeno natural y el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

SEGUNDA.- Las administraciones públicas quedarán exoneradas de responsabilidad en los supuestos de daños causados por fenómenos naturales cuando exista culpa exclusiva de la víctima o cuando concurren los presupuestos de la fuerza mayor, es decir, cuando se produzcan daños por un evento externo al círculo de actuación de los servicios públicos de naturaleza imprevisible o, que de haber sido previstos, resulten inevitables e irresistibles, siendo a cargo de la administración presuntamente responsable demostrar la concurrencia de la fuerza mayor cuando la alegue como causa de exoneración.

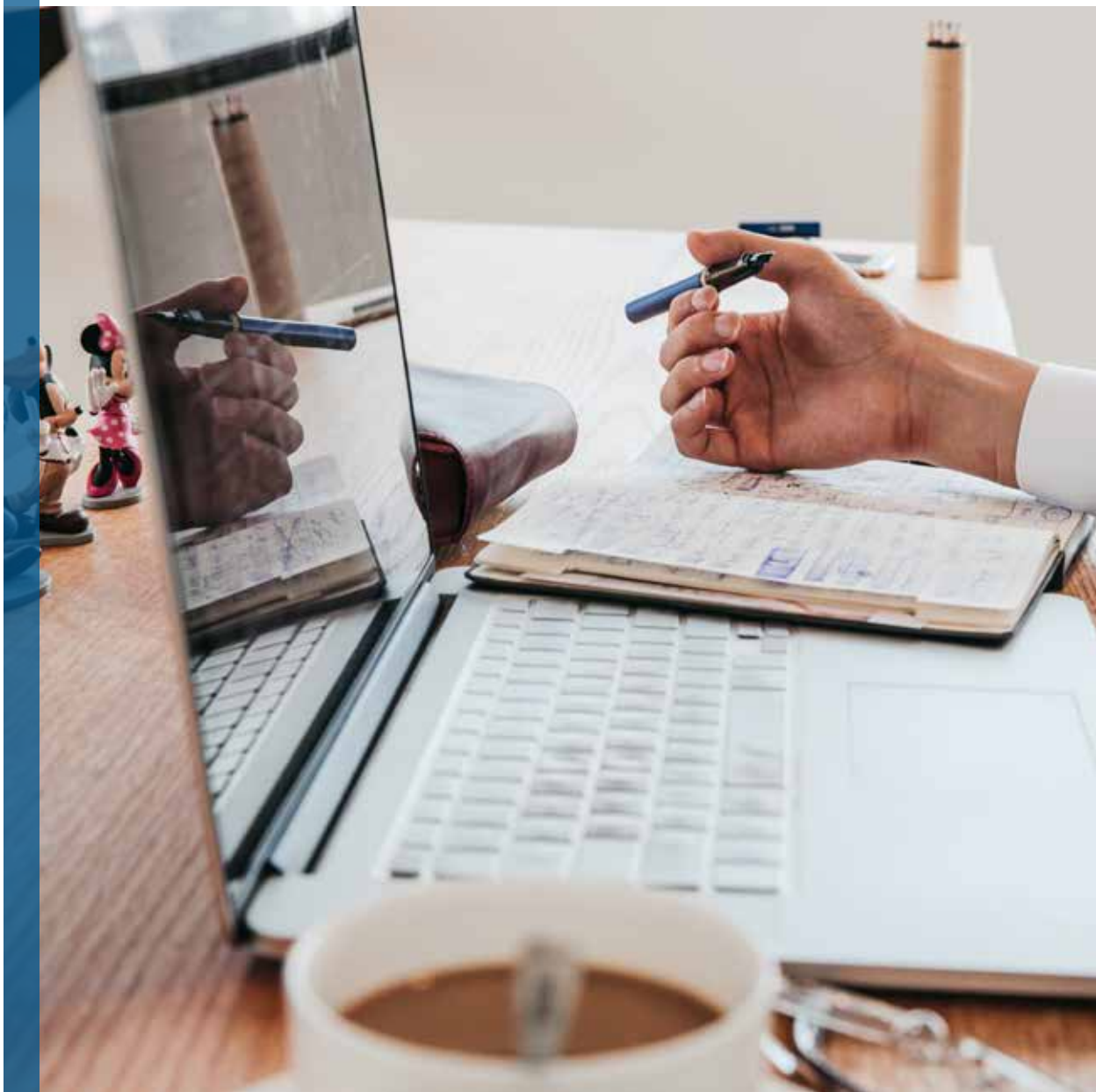
TERCERA.- Es imprescindible la diferenciación de desastre natural del concepto de riesgo natural. Mientras que los desastres naturales son extraordinarios y constituyen supuestos de fuerza mayor que excluyen la

47 STSJ ICAN de 19 de febrero de 2025, rec. núm. 327/2023, ECLI:ES:TSJICAN:2025:1382 y STSJ ICAN de 30 de enero de 2025, rec. núm. 282/2023, ECLI:ES:TSJICAN:2025:657.

48 STSJ ICAN de 17 de octubre de 2024, rec. núm. 355/2022, ECLI:ES:TSJICAN:2024:3385.

49 STSJ ICAN de 17 de diciembre de 2014, rec. núm. 340/2024, ECLI:ES:TSJICAN:2024:4810.

50 STSJ ICAN de 22 de julio de 2025, rec. núm. 1169/2023, ECLI:ES:TSJICAN:2025:3285.



obligación indemnizatoria, los riesgos naturales conocidos y científicamente previsibles, no pueden subsumirse en dicha categoría. El riesgo natural se configura como la probabilidad de que una persona o grupo de personas, se vean afectados por estar expuestos a un peligro natural, siendo vulnerable a él. Por tanto, al asumir esa posibilidad, ya descartamos la imprevisibilidad.

Por el contrario, cuando existe esa previsibilidad, las administraciones públicas tienen el deber de actuar. Si el daño ocurre debido a la falta de medidas preventivas, a una

mala planificación del territorio o a una gestión inadecuada del riesgo, la responsabilidad podrá imputarse a estas.

CUARTA.- Dado el acceso privilegiado de las administraciones públicas a la información científica y técnica, ocupa una posición de garante reforzada en materia de gestión de los riesgos naturales. Esta posición impone obligaciones concretas de prevención, planificación, control y actuación, especialmente en el ámbito de la protección civil y la ordenación del territorio. El incumplimiento de estos deberes puede transformar un daño inicialmente natural en un daño an-

tijurídico y por tanto, imputable a la Administración.

QUINTA.- El riesgo volcánico en Canarias constituye un ejemplo paradigmático de riesgo natural estructuralmente previsible, lo que exige una gestión basada en la prevención, mediante la ordenación del territorio y la inclusión de los mapas de peligrosidad volcánica en el planeamiento. Asimismo, resultará fundamental la predicción científica. La erupción en La Palma reveló la vulnerabilidad derivada de ocupaciones históricas sin planificación y motivó la creación de la Ley 5/2025 de Volcanes de Canarias, norma pionera que regula la reconstrucción, la resiliencia y el derecho a la recuperación de los afectados.

SEXTA.- Desde la perspectiva de la gestión de la emergencia, el papel de los planes de emergencia, como el PEVOLCA en Canarias, resultó determinante. La conclusión técnica es que estos planes no son meras guías de actuación, sino instrumentos que claves para la correcta gestión de una emergencia. Un fallo en la comunicación de las alertas o una demora injustificada en la evacuación ciudadana rompe el nexo causal con la naturaleza y lo traslada a la gestión del servicio. En el caso de fenómenos de evolución lenta o previsible, como las erupciones volcánicas, el estándar de exigencia para las administraciones públicas es máximo, ya que el margen de maniobra temporal debe traducirse en una reducción efectiva del daño personal y material.

SÉPTIMA.- La efectividad del resarcimiento por daños naturales cuando se constate que el ciudadano no tiene el deber jurídico de soportar, no puede depender de la complejidad del entramado institucional y la atribución de competencias, siendo necesario un análisis pormenorizado de cada intervención para evitar que el perjudicado quede desprotegido ante la atomización administrativa. Casos como la DANA en Valencia o la erupción volcánica en La Palma, servirán de ejemplo para la gestión futura de los peligros naturales de nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO I CUDOLÀ, V. Y NETTEL BARRERA, A.C., «La Responsabilidad patrimonial por inactividad de la Administración», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MAR-

COS, A. (coord.): Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales, 2.a ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2013.

BARRERO RODRÍGUEZ, C., «Fuerza mayor y responsabilidad administrativa extracontractual», Pamplona, Aranzadi, 2009.

BOLÓS, X., BARDE-CABUSSION, S., GEYER, A., SÁNCHEZ, N., GALINDO, I.,

FRAILE-NUEZ, E. VÁZQUEZ, J.T. (coords.). «El riesgo volcánico» en Ciencia para las Políticas Públicas. Gabinete de Presidencia CSIC, Madrid, 2024.

CONDE ANTEQUERA, J., «Responsabilidad y restauración ambiental por riesgos en el desarrollo», en Derecho, Globalización, Riesgo y Medio Ambiente. 1ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2012.

CONDE ANTEQUERA, J. «La responsabilidad de la Administración por daños derivados de fenómenos naturales: especial referencia al riesgo de inundación», Revista aragonesa de Administración Pública, Zaragoza, 2015.

CÓRDOBA HERNÁNDEZ, R.: Estructura territorial resiliente. Análisis y formalización a través del planeamiento urbanístico. GONZÁLEZ GARCÍA, I. (dir.), Universidad Politécnica de Madrid, Departamento de Urbanística y Ordenación del Territorio, Madrid, 2021.

DÍEZ-PICAZO, L. *Fundamentos del derecho civil patrimonial*, 6ª ed., Madrid, Civitas, 2012.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., «GPS. Derecho de la circulación», 4ª ed., Tirant lo Blanch, 2020.

ESTEVE PARDO, J., «Sobre la Teoría General del Riesgo» en Técnica, riesgo y Derecho, Ariel, 1999.

FERNÁNDEZ ESPINAR - LÓPEZ, L.C.: «La Responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito forestal y de la conservación de la naturaleza», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A. (coord.): Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales, 2ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2013.

GARCÍA DE ENTERRÍA MARTÍNEZ-CARANDE, E. *Potestad expropiatoria y garantía patri-*

monial en la nueva Ley de Expropiación forzosa. Anuario de derecho civil, 1955.

LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J. *La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en Ponencias XI Congreso Nacional: Sobre responsabilidad civil en general* / coord. por Andrés Cid Luque, Javier López y García de la Serrana, 2011.

MENÉDEZ SEBASTIÁN, E. M.^a. «Principios de la responsabilidad extracontractual de la Administración Pública (artículos 139 y 141 LR-JPAC)», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A. (coord.): *Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales*, 2ª ed., Valencia, Tirant Lo Blanch, 2013.

MORCUENDE HURTADO, M.A., «La Gestión del Volcán Tajogaite/Cabeza de Vaca (Cumbre Vieja, La Palma, 2021)», *cosmológica*, n.º 3, Santa Cruz de La Palma, 2023.

MUÑOZ GUIJOSA, M.A., «Sobre el requisito de la antijuricidad en la responsabilidad patrimonial por anulación del acto administrativo», núm. 168, 2015.

REBOLLO PUIG, M., «La Responsabilidad patrimonial por inactividad de la Administración», en QUINTANA LÓPEZ, T. (dir.) y CASARES MARCOS, A. (coord.): *Responsabili-*

dad patrimonial de la Administración Pública. Estudio general y ámbitos sectoriales, 2ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2013.

RIESGOMAP. Memorias, cartografía y mapas del proyecto «Prevención de Riesgos Naturales y Tecnológicos en la Planificación Territorial y Urbanísticas - RIESGOMAP (MAC/3/C171)» perteneciente al Programa de Cooperación Transnacional Madeira - Azores - Canarias (MAC 2007 - 2013), cofinanciado por el FEDER.

ROCA FERNÁNDEZ-CASTANYNS, M.L. «La responsabilidad patrimonial de la Administración». Recurso de aprendizaje Universitat Oberta de Catalunya. GALINDO, RAMÓN (coord.). 1ª. ed., Barcelona, FUOC, 2019.

SÁNCHEZ MORÓN, M. «Derecho administrativo Parte General», 21ª ed., Madrid, Tecnos, 2025.

SÁNCHEZ JORDÁN, M.E.: «Los riesgos del desarrollo, causa de exoneración en algunos supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración», *Revista de Derecho y Salud*, Vol. 7, núm. 1, 1999.

SORIANO CLAVERO, B. «Revisión de las valoraciones del riesgo de erupción volcánica y aplicación al evento de la Palma», *Revista digital Consorsegueros*. 2021, núm. 15.

Tribunal de Justicia Unión Europea

RESPONSABILIDAD CIVIL

El artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala 4ª),
de 12 de febrero de 2026

Ponente: Excmo. Sr. D. Irmantas Jarukaitis

SENTENCIA

1. *La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación del artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad (DO 2009, L 263, p. 11).*

2. *Esta petición se ha presentado en el contexto de un litigio entre Stichting Koskea, fundación que actúa en condición de curador de ED, y Nationale Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij NV (en lo sucesivo, «Nationale Nederlanden»), que opera con el nombre comercial de Reaal Schadeverzekering NV, en relación con el alcance de la cobertura que debe prestar el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles.*

MARCO JURÍDICO

Derecho de la Unión

3. A tenor de los considerandos 21 y 23 de la Directiva 2009/103:

«(21) Conviene conceder a los miembros de la familia del titular de la póliza, del conductor o de cualquier otra persona responsable una protección comparable a la de las otras terceras víctimas, en todo caso en lo que se refiere a los daños corporales sufridos por aquellos.

[...]

(23) La inclusión en la cobertura de seguro de cualquier ocupante del vehículo es un importante logro de la legislación vigente. Este objetivo peligraría si en la legislación nacional o en alguna cláusula del contrato de un seguro se excluyera de la cobertura de seguro a los ocupantes cuando estos supieran o debieran haber sabido que el conductor del vehículo se encontraba bajo los efectos del alcohol o de otra sustancia tóxica en el momento del accidente. [...] La cobertura de estos ocupantes por el seguro obligatorio de vehículos automóviles no prejuzga ninguna responsabilidad en que pudieran haber incurrido en virtud de la legislación nacional vigente, ni el nivel de indemnización por daños en un accidente concreto.»

4. El artículo 1, punto 1, de esta Directiva define el «vehículo» como «todo vehículo automóvil destinado a circular por el suelo, accionado mediante una fuerza mecánica y que no utiliza una vía férrea, así como los remolques, incluso no enganchados».

5. El artículo 3 de la citada Directiva, titulado «Obligación de asegurar los vehículos automóviles», dispone lo siguiente:

«Cada Estado miembro adoptará todas las medidas apropiadas, sin perjuicio de la aplicación del artículo 5, para que la responsabilidad civil relativa a la circulación de vehículos que tengan su estacionamiento habitual en su territorio, sea cubierta mediante un seguro.

Los daños que se cubran, así como las modalidades de dicho seguro, se determinarán en el marco de las medidas contempladas en el párrafo primero.

[...]

El seguro contemplado en el párrafo primero cubrirá obligatoriamente los daños materiales y corporales.»

6. El artículo 5 de esa Directiva ofrece a los Estados miembros, bajo ciertas condiciones, la facultad de establecer excepciones a las disposiciones de su artículo 3 en lo que se refiere a ciertas personas físicas o jurídicas, públicas o privadas.

7. El artículo 12 de la Directiva 2009/103, bajo el epígrafe «Categorías especiales de víctimas», establece que:

«1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13, apartado 1, párrafo segundo, el seguro a que se hace referencia en el artículo 3 cubrirá la responsabilidad por daños corporales de todos los ocupantes, con excepción del conductor, derivados de la circulación de un vehículo.

2. Los miembros de la familia del titular de la póliza, del conductor o de cualquier otra persona cuya responsabilidad civil esté comprometida en el siniestro y cubierta por el seguro mencionado en el artículo 3, no podrán ser excluidos en razón de dicho vínculo de parentesco del beneficio del seguro de daños corporales por ellos sufridos.

3. El seguro mencionado en el artículo 3 cubrirá los daños corporales y materiales sufridos por peatones, ciclistas y otros usuarios no motorizados de vías públicas, quienes, como consecuencia de un accidente en el que intervenga un vehículo automóvil, tendrán derecho a ser indemnizados de conformidad con el Derecho civil nacional.

El presente artículo se entenderá sin perjuicio de la responsabilidad civil [y] del importe de la indemnización.»

8. A tenor del artículo 13 de esta Directiva, titulado «Cláusulas de exclusión»:

«1. Cada Estado miembro tomará todas las medidas apropiadas para que sea reputada sin efecto en lo que se refiere al recurso de los terceros, víctimas de un siniestro, para la aplicación del artículo 3, toda disposición legal o cláusula contractual que esté contenida en una póliza de seguros librada de conformidad con el artículo 3, y que excluya del seguro la utilización o la conducción de vehículos por:

a) personas que no estén ni expresa ni implícitamente autorizadas para ello;

b) personas no titulares de un permiso que les permita conducir el vehículo de que se trate;

c) personas que no cumplan las obligaciones legales de orden técnico referentes al estado y seguridad del vehículo de que se trate.

Sin embargo, la disposición o la cláusula mencionada en el párrafo primero, letra a), podrá ser opuesta a las personas que ocupen asiento por voluntad propia en el vehículo que haya causado el daño, cuando el asegurador pueda probar que sabían que el vehículo era robado.

[...]

3. Los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para que las disposiciones legales o cláusulas contractuales incluidas en una póliza de seguro que excluyan a un ocupante de la cobertura de seguro sobre la base de que este supiera o debiera haber sabido que el conductor del vehículo se encontraba bajo los efectos del alcohol o de otra sustancia tóxica en el momento del accidente sean consideradas sin efecto en relación con las declaraciones de siniestros de dicho ocupante.»

9. Como resulta de su artículo 29, la Directiva 2009/103 derogó y sustituyó a la Directiva 72/166/CEE del Consejo, de 24 de abril de 1972, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, así como del control de la obligación de asegurar esta responsabilidad (DO 1972, L 103, p. 1; EE 13/02, p. 113), a la Directiva 84/5/CEE del Consejo, de 30 de diciembre de 1983, Segunda Directiva relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de responsabilidad civil que resulta de la circulación de los vehículos automóviles (DO 1984, L 8, p. 17; EE 13/15, p. 244), a la Directiva 90/232/CEE del Consejo, de 14 de mayo de 1990, Tercera Directiva relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles (DO 1990, L 129, p. 33), a la Directiva 2000/26/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de mayo de 2000, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles y por la que se modifican las Directivas 73/239/CEE y 88/357/CEE del Consejo (Cuarta Directiva sobre el seguro de vehículos automóviles) (DO 2000, L 181, p.

65), y a la Directiva 2005/14/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de mayo de 2005, por la que se modifican las Directivas 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE y 90/232/CEE del Consejo y la Directiva 2000/26/CE del Parlamento Europeo y del Consejo relativas al seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles (DO 2005, L 149, p. 14), en sus versiones modificadas por las Directivas mencionadas en el anexo I, parte A, de dicha Directiva 2009/103.

Derecho neerlandés

10. El artículo 4, apartado 1, de la Wet betreffende verplichte verzekering tegen wettelijke aansprakelijkheid inzake motorrijtuigen (Ley del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en Materia de Vehículos de Motor), de 30 de mayo de 1963 (Stb. 1963, n.º 228), en su versión aplicable al litigio principal (en lo sucesivo, «WAM»), tiene el siguiente tenor:

«No será necesario que el seguro cubra la responsabilidad por los daños que sufra el conductor del vehículo causante del accidente.»

Litigio principal y cuestiones prejudiciales

11. A finales de 2016, *ED* fue víctima de un accidente de tráfico cuando se encontraba al volante de un minibús perteneciente a un club de fútbol en el que ocupaban asiento un antiguo entrenador del club y dos de sus socios. Cuando el minibús circulaba a una velocidad de unos 70 km/h, el antiguo entrenador, que estaba sentado en la parte trasera derecha, tiró repentinamente del freno de mano del vehículo. El minibús derrapó y colisionó con varios pilares. *ED* y el socio del club que ocupaba el asiento del copiloto salieron despedidos. Este falleció como consecuencia de sus heridas. *ED* resultó gravemente herido y tiene, con carácter permanente, secuelas muy graves del accidente. El antiguo entrenador y el otro socio del club resultaron levemente heridos.

12. El club de fútbol propietario del minibús había suscrito un seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles con Reaal Schadeverzekering, que se fusionó posteriormente con Nationale Nederlanden. Dicho club también había suscrito un seguro por los daños de los ocupantes y del conductor con Nationale Nederlanden (en lo sucesivo, «seguro de daños»).

13. *ED*, representado por Stichting Koskea, que gestiona sus bienes y defiende sus intere-

ses, solicitó a Nationale Nederlanden que cubriera sus propios daños derivados del accidente, sobre la base del citado seguro de daños. En enero de 2020, el abogado de esta compañía informó a ED de que no estaba cubierto sobre la base del referido seguro de daños, ya que el informe policial relativo a las circunstancias del accidente establece que se había puesto al volante del minibús después de haber consumido alcohol y encontrarse bajo sus efectos. Asimismo, dicho abogado indicó que tampoco estaba cubierto en virtud del seguro obligatorio de responsabilidad civil previsto por la WAM, el cual no cubre los daños que sufra el conductor.

14. *Stichting Koskea, actuando en nombre y por cuenta de ED, interpuso ante el rechtbank Noord-Nederland (Tribunal de Primera Instancia de los Países Bajos Septentrionales, Países Bajos) un recurso que tenía por objeto que se declarase que Nationale Nederlanden estaba obligada, en virtud de la WAM, a indemnizar el daño presente y futuro del interesado. En apoyo de este recurso, la citada fundación alegó, en particular, que la exclusión de la cobertura del seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles de los daños que sufra el conductor del vehículo, prevista en el artículo 4, apartado 1, de la WAM, no se aplicaba en el caso de autos, dado que, aunque ED estuviera al volante del vehículo en el momento del accidente, ya no podía ser considerado su conductor, en el sentido de dicha disposición,*

puesto que, al tirar del freno de mano, el antiguo entrenador se había comportado como conductor.

15. *Mediante sentencia de 22 de octubre de 2020, el mencionado tribunal estimó el recurso. Consideró, en esencia, que, a partir del momento en que el antiguo entrenador había tirado del freno de mano, ED ya no estaba en condiciones de conducir efectivamente el minibús y, en consecuencia, ya no podía ser considerado su conductor, en el sentido del artículo 4, apartado 1, de la WAM.*

16. *Nationale Nederlanden recurrió esta sentencia en apelación ante el Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden (Tribunal de Apelación de Arnhem-Leeuwarden, Países Bajos). Mediante sentencia de 13 de diciembre de 2022, ese tribunal anuló la referida sentencia sobre la base de que, en esencia, ED no había perdido su condición de conductor por que el antiguo entrenador hubiera accionado el freno de mano. A este respecto, señaló que ED seguía siendo la persona que se había colocado detrás del volante, en el asiento del conductor, que había puesto en marcha el vehículo, que había determinado su velocidad y que había elegido la dirección de la marcha. Así pues, según ese tribunal, ED manejaba los mandos del vehículo y el hecho de que el antiguo entrenador hubiese tirado repentinamente del freno de mano y efectuado de este modo una acción de conducción no cambiaba en nada esa circunstancia.*



17. *Stichting Koskea interpuso recurso de casación ante el Hoge Raad der Nederlanden (Tribunal Supremo de los Países Bajos), que es el tribunal remitente. Ante él, sostiene que no puede considerarse que ED siguiera siendo el conductor del minibús después de que el antiguo entrenador hubiera accionado el freno de mano, puesto que esta acción le había privado de la posibilidad de conducir efectivamente el vehículo.*

18. *El tribunal remitente expone que, mediante el artículo 4, apartado 1, de la WAM, el legislador neerlandés transpuso el artículo 1, párrafo primero, de la Directiva 90/232, actualmente artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103, según el cual el seguro obligatorio de la responsabilidad civil relativa a la circulación de vehículos debe cubrir la responsabilidad por daños corporales de todos los ocupantes, con excepción del conductor. Señala que, sin embargo, el concepto de «conductor» no se define ni en esta Directiva ni en las Directivas a las que sustituyó.*

19. Dicho órgano jurisdiccional estima que, en su jurisprudencia en la materia, el Tribunal de Justicia siempre ha subrayado la importancia de la protección de los ocupantes que sean víctimas de accidentes de tráfico, así como el objetivo de garantizar que el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles permita a todos los ocupantes que sean víctimas de un accidente de tráfico causado por un vehículo ser indemnizados por los daños que han sufrido. Sin embargo, sostiene que de esta jurisprudencia también se desprende que el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 distingue al conductor de los demás ocupantes.

20. A la vista de estos elementos, el tribunal remitente se pregunta si el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 debe interpretarse en el sentido de que el seguro obligatorio de responsabilidad civil objeto de esta disposición debe cubrir los daños sufridos por el conductor inicial del vehículo de que se trate cuando un ocupante haya intervenido en la conducción de dicho vehículo y se haya producido un accidente como consecuencia de esa intervención. De ser así, considera que se plantea la cuestión de si el Derecho de la Unión impone requisitos concretos que deba tener en cuenta para determinar si, en las circunstancias del litigio principal, la persona que se encontraba al volante del vehículo en el momento del accidente perdió su condición de conductor y, en consecuencia, puede acogerse a la protección que se deriva de la Directiva 2009/103.

21. En estas condiciones, el Hoge Raad der Nederlanden (Tribunal Supremo de los Países Bajos) decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

«1) ¿Debe interpretarse el artículo 12, apartado 1, de la [Directiva 2009/103] en el sentido de que el seguro obligatorio de responsabilidad civil debe cubrir los daños y perjuicios del conductor (inicial) en caso de que un ocupante intervenga en el control del vehículo y se produzca un accidente como consecuencia de esa intervención?

2) En caso de respuesta afirmativa a la primera cuestión prejudicial, ¿se derivan del Derecho de la Unión requisitos concretos que el juez nacional deba tener en cuenta para determinar si un conductor en el sentido del artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 codificada ha perdido la condición de conductor en las circunstancias del caso y puede acogerse a la protección de los ocupantes en virtud de la norma general?»

SOBRE LAS CUESTIONES PREJUDICIALES

Primera cuestión prejudicial

22. *Mediante su primera cuestión prejudicial, el tribunal remitente pregunta, en esencia, si el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención.*

23. De conformidad con reiterada jurisprudencia, para interpretar una disposición del Derecho de la Unión, hay que tener en cuenta no solo su tenor literal, sino también su contexto y los objetivos perseguidos por la normativa de la que forma parte (véanse las sentencias de 17 de noviembre de 1983, Merck, 292/82, EU:C:1983:335, apartado 12, y de 30 de octubre de 2025, Killybegs Fishing Enterprises y otros, C-546/24, EU:C:2025:844, apartado 16).

24. También según reiterada jurisprudencia, la determinación del significado y del alcance de los términos no definidos por el Derecho de la Unión y respecto de los cuales este no remite al Derecho de los Estados miembros debe reali-

zarse de conformidad con su sentido habitual en el lenguaje corriente, teniendo en cuenta el contexto en el que se utilizan y los objetivos perseguidos por la normativa de la que forman parte (véanse, en este sentido, las sentencias de 18 de octubre de 2011, Brüstle, C-34/10, EU:C:2011:669, apartados 25 y 31 y jurisprudencia citada, y de 5 de septiembre de 2024, BIOR, C-344/23, EU:C:2024:696, apartado 40).

25. En primer lugar, por lo que respecta al tenor del artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103, procede recordar que, según esta disposición, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13, apartado 1, párrafo segundo, de dicha Directiva, que establece una excepción irrelevante en el litigio principal, el seguro a que se hace referencia en el artículo 3 de la Directiva cubrirá la responsabilidad por daños corporales de «todos los ocupantes, con excepción del conductor», derivados de la circulación de un vehículo.

26. A tenor del artículo 3, párrafo primero, de la misma Directiva, sin perjuicio de la aplicación de su artículo 5, que establece excepciones a la obligación de asegurar los vehículos automóviles, que tampoco son pertinentes para el litigio principal, cada Estado miembro adoptará todas las medidas apropiadas para que la responsabilidad civil relativa a la circulación de vehículos que tengan su estacionamiento habitual en su territorio sea cubierta mediante un seguro.

27. Al igual que las Directivas a las que sustituyó, la Directiva 2009/103 no define el término «conductor» ni el término «ocupante» ni tampoco remite al Derecho de los Estados miembros para definir su alcance. Por lo que respecta al sentido habitual de esos términos en el lenguaje corriente, se debe indicar que el término «conductor» hace referencia a quien conduce o dirige alguna cosa o a alguien. En relación con un vehículo, este término se refiere a quien se encuentra al volante o a los mandos de aquel y lo dirige. Por su parte, el término «ocupante» hace referencia a quien es transportado a bordo de un vehículo y no lo dirige.

28. A la vista de estos elementos, del tenor del artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 cabe deducir, primeramente, que en un vehículo puede haber varios «ocupantes, con excepción del conductor», pero, en principio, solo puede haber un conductor a la vez. Asimismo, sin perjuicio de casos específicos -en particular, la práctica de la conducción asistida, que tiene como objetivo obtener un permiso de conducir-, que pueden estar sujetos a normas particulares, el término «conductor» suele refe-

rirse a quien se encuentra a los mandos o al volante del vehículo y lo dirige, mientras que el término «ocupante» hace referencia a quien se coloca en otro lugar dentro del vehículo de que se trate y no lo dirige. Por último, esta disposición no establece que la responsabilidad por los daños sufridos por el «conductor» del vehículo deba estar cubierta por el seguro contemplado en el artículo 3 de dicha Directiva.

29. En segundo lugar, por lo que respecta al contexto en el que se inscribe el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103, procede señalar, en primer término, que el concepto de «vehículo» se define en el artículo 1, punto 1, de esta Directiva como todo vehículo automóvil destinado a circular por el suelo, accionado mediante una fuerza mecánica y que no utiliza una vía férrea, así como los remolques, incluso no enganchados.

30. Puesto que, con arreglo a esta Directiva, los vehículos deben estar, por tanto, accionados necesariamente por una fuerza mecánica (véase, en este sentido, la sentencia de 12 de octubre de 2023, KBC Verzekeringen, C-286/22, EU:C:2023:767, apartados 37, 38 y 40), con excepción de los vehículos autónomos, todo vehículo en circulación tiene, en principio, un conductor y un puesto de pilotaje y dicho conductor es la persona que, en el interior del vehículo y sentada al volante, acciona o está en condiciones de accionar la fuerza mecánica del vehículo para que circule.

31. En segundo término, si bien el párrafo cuarto del artículo 3 de la Directiva 2009/103 dispone que el seguro contemplado en el párrafo primero de dicho artículo cubrirá obligatoriamente los daños materiales y corporales, de una lectura conjunta de esta disposición y del artículo 12, apartado 1, de dicha Directiva se desprende que se trata, en particular, de los daños corporales de «todos los ocupantes, con excepción del conductor».

32. En tercer término, a tenor del artículo 12, apartado 2, de la referida Directiva, los miembros de la familia del titular de la póliza, del conductor o de cualquier otra persona cuya responsabilidad civil esté comprometida en el siniestro y cubierta por el seguro mencionado en el artículo 3 de esa Directiva, no podrán ser excluidos en razón de dicho vínculo de parentesco del beneficio del seguro de daños corporales por ellos sufridos. Además, según el artículo 12, apartado 3, párrafo primero, de la Directiva 2009/103, el seguro mencionado en su artículo 3 cubrirá los daños corporales y materiales sufridos por peatones, ciclistas y otros usuarios no motorizados

de vías públicas, quienes, como consecuencia de un accidente en el que intervenga un vehículo automóvil, tendrán derecho a ser indemnizados de conformidad con el Derecho civil nacional. Por otro lado, el artículo 13, apartado 3, de la citada Directiva precisa que los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para que las disposiciones legales o cláusulas contractuales incluidas en una póliza de seguro que excluyan a un ocupante de la cobertura de seguro sobre la base de que este supiera o debiera haber sabido que el conductor del vehículo se encontraba bajo los efectos del alcohol o de otra sustancia tóxica en el momento del accidente sean consideradas sin efecto en relación con las declaraciones de siniestros de dicho ocupante.

33. *Estas disposiciones, al igual que el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103, distinguen al conductor del vehículo de las demás personas que pueden haber ocupado asiento en ese vehículo y de los demás usuarios de vías públicas que no se encuentran en el vehículo, pero que pueden verse afectados por un accidente de tráfico en el que esté implicado un vehículo. Así pues, las categorías de víctimas de un accidente se determinan básicamente por oposición al conductor del vehículo implicado en él.*

34. *En cuarto término, es preciso señalar que, de conformidad con el artículo 12, apartado 3, párrafo segundo, de dicha Directiva, el artículo 12 no prejuzga ni la responsabilidad civil ni el importe de la indemnización. Por tanto, el papel que los ocupantes del vehículo -como, en el caso de autos, el que tiró del freno de mano- pueden haber tenido en el desarrollo del accidente y, consecuentemente, en la producción de daños, de conformidad con el régimen de responsabilidad civil vigente en el Estado miembro en cuyo territorio se produjo el accidente, puede determinar cuál es la persona civilmente responsable del accidente e influir en el alcance de la indemnización. Sin embargo, estos últimos aspectos son distintos del ámbito personal de la cobertura del seguro obligatorio previsto en la Directiva 2009/103.*

35. El Tribunal de Justicia ha declarado reiteradamente al respecto que la obligación de cobertura por el seguro de responsabilidad civil de los daños causados a terceros por la circulación de vehículos automóviles es distinta del alcance de la indemnización a estos últimos en virtud de la responsabilidad civil. En efecto, mientras que la primera está garantizada y definida por la normativa de la Unión, el segundo se rige, fundamentalmente, por el Derecho nacional (sentencias de 17 de marzo de 2011, Carvalho

Ferreira Santos, C-484/09, EU:C:2011:158, apartado 31, y de 12 de octubre de 2023, KBC Verzekeringen, C-286/22, EU:C:2023:767, apartado 23 y jurisprudencia citada).

36. *Así pues, todos estos elementos textuales y contextuales indican que el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 debe interpretarse en el sentido de que la intervención de un ocupante en la conducción de un vehículo, que provoca un accidente, no puede tener como consecuencia privar al conductor de ese vehículo de su condición de conductor, so pena de menoscabar tanto la distinción fundamental entre conductor y tercero víctima, que caracteriza el sistema de seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles establecido por dicha Directiva, como la distinción entre la obligación de cobertura por dicho seguro y el alcance de la indemnización por daños en virtud de la responsabilidad civil relativa al accidente, que se rige por el Derecho nacional.*

37. *En tercer lugar, hay que indicar que esta interpretación se ve corroborada por los objetivos perseguidos por la Directiva 2009/103.*

38. *Por una parte, es cierto que la evolución de la normativa de la Unión en materia de seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles pone de manifiesto que el legislador de la Unión ha perseguido y reforzado de modo constante el objetivo de protección de las víctimas de accidentes causados por estos vehículos (sentencias de 20 de diciembre de 2017, Núñez Torreiro, C-334/16, EU:C:2017:1007, apartado 27 y jurisprudencia citada, y de 30 de abril de 2025, Nastolo, C-370/24, EU:C:2025:300, apartado 39).*

39. *No obstante, como ha señalado, en esencia, el Abogado General en el punto 40 de sus conclusiones, se menoscabaría este objetivo si, en función de circunstancias fácticas aleatorias, quien estuviera al volante de un vehículo pudiera perder su condición de conductor debido a la intervención de un ocupante en la conducción del vehículo. En efecto, dado que, como se ha declarado en los apartados 28 y 30 de la presente sentencia, con excepción de los vehículos autónomos, todo vehículo tiene, en principio, un conductor, el hecho de privar de su condición de conductor a quien está al volante del vehículo tendría como consecuencia que dicho ocupante asumiría entonces la condición de conductor, con lo que quedaría excluido de la protección que esta Directiva pretende conceder a los terceros víctimas, entre ellos los ocupantes.*

40. Además, la inseguridad jurídica que resultaría de tal posibilidad es, en sí misma, incompatible con el citado objetivo.

41. Por otra parte, como ha puesto de manifiesto el Abogado General en el punto 38 de sus conclusiones, la evolución legislativa mencionada en el apartado 38 de la presente sentencia también ha estado marcada por la exclusión constante y explícita desde la adopción de la Directiva 90/232- de la cobertura del seguro obligatorio de responsabilidad civil previsto por el Derecho de la Unión de los daños sufridos por el conductor, dado que esta normativa nunca ha admitido más distinción que la existente entre conductor, por un lado, y ocupante o tercero víctima, por otro lado (véase, en este sentido, la sentencia de 1 de diciembre de 2011, Churchill Insurance Company Limited y Evans, C-442/10, EU:C:2011:799, apartados 27 a 31 y jurisprudencia citada).

42. Además, no hay nada en esta evolución legislativa que muestre que la intención del legislador de la Unión fuera armonizar la obligación de asegurar la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles más allá de la cobertura de los daños causados a terceros ni tal intención resulta tampoco de la Directiva 2009/103. El considerando 21 de esta indica asimismo que conviene conceder a los miembros de la familia del titular de la póliza, del conductor o de cualquier otra persona responsable una protección comparable a la «de las otras terceras víctimas», en todo caso en lo que se refiere a los daños corporales sufridos por aquellos. De manera similar, el considerando 23 de esta Directiva se refiere a la inclusión en la cobertura del seguro «de cualquier ocupante del vehículo», al tiempo que precisa, en esencia, que la ineficacia, en principio, de una normativa nacional o de una cláusula contractual que excluya, en determinadas circunstancias, la cobertura por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil en lo referido a los «recursos de los terceros víctimas», no prejuzga en modo alguno, en particular, la responsabilidad en que pudieran haber incurrido los ocupantes de que se trate en virtud de la normativa nacional aplicable.

43. Por consiguiente, la cuestión de la eventual obligación de cubrir mediante un seguro los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico sigue rigiéndose, en el estado actual del Derecho de la Unión, por los Derechos nacionales de los Estados miembros.

44. A la vista de todas las consideraciones anteriores, procede responder a la primera cuestión prejudicial que el artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103 debe interpretarse en el sentido de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención.

SEGUNDA CUESTIÓN PREJUDICIAL

45. Habida cuenta de la respuesta aportada a la primera cuestión prejudicial, no procede responder a la segunda.

Costas

46. Dado que el procedimiento tiene, para las partes del litigio principal, el carácter de un incidente promovido ante el órgano jurisdiccional remitente, corresponde a este resolver sobre las costas. Los gastos efectuados por quienes, no siendo partes del litigio principal, han presentado observaciones ante el Tribunal de Justicia no pueden ser objeto de reembolso.

En virtud de todo lo expuesto,

FALLO

el Tribunal de Justicia (Sala Cuarta) declara:

El artículo 12, apartado 1, de la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles, así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad,

debe interpretarse en el sentido de que

los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención.

Por **José Antonio Badillo Arias**
Profesor de Derecho Mercantil
Universidad de Alcalá.

Nos encontramos ante una sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) que tiene cierto interés práctico en el ámbito del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, en la medida en que resuelve una cuestión que, aunque pudiera parecer meramente conceptual, tiene importantes consecuencias indemnizatorias: la delimitación de la cobertura del seguro obligatorio cuando el propio conductor resulta lesionado como consecuencia de la intervención de un ocupante en la conducción del vehículo.

El litigio deriva de un accidente en el que únicamente intervino un vehículo, cuyo conductor sufrió daños personales como consecuencia de la actuación de un ocupante que interfirió en la conducción al accionar el freno de mano durante la marcha. Esta maniobra provocó un deslizamiento transversal incontrolado del vehículo, que terminó colisionando contra el pilar de hormigón de un viaducto ferroviario situado a la derecha de la vía. De este modo, la cuestión que se plantea al TJUE es si, en tales circunstancias, el conductor puede ser considerado “víctima” a efectos del seguro obligatorio y, por tanto, quedar cubierto por este, o si, por el contrario, debe mantenerse su exclusión, inherente a la propia naturaleza de este seguro como seguro de responsabilidad civil.

A la luz de la doctrina establecida por el Tribunal de Justicia, resulta difícil sostener la tesis de la AP de Cartagena. La condición de conductor no depende de una intervención puntual o sobrevenida en la conducción.

La respuesta del Tribunal se construye a partir de la interpretación del artículo 12.1 de la Directiva 2009/103/CE sobre el seguro de automóviles, que establece la obligación de cobertura de los daños corporales sufridos por todos los ocupantes del vehículo, con excepción del conductor.

En tal sentido, el Tribunal afirma que el sistema europeo del seguro obligatorio se basa en una distinción estructural entre conductor y ocupantes, que no puede verse alterada por las circunstancias concretas del siniestro. En consecuencia, el hecho de que un ocupante intervenga materialmente en la conducción del vehículo, incluso de forma determinante en la producción del accidente, no permite modificar la condición jurídica del conductor ni convertirlo en tercero perjudicado a efectos del seguro obligatorio.

Este pronunciamiento resulta coherente con la naturaleza del seguro de responsabilidad civil en la circulación, que exige la existencia de alteridad entre el responsable del daño y el perjudicado. El conductor del vehículo causante del accidente no puede ser considerado tercero frente a sí mismo, ni siquiera cuando su conducta no sea la causa exclusiva del siniestro.

Ahora bien, lo relevante de la sentencia no es tanto la conclusión alcanzada, que, en cierto modo, podía resultar previsible, como el fundamento que la sustenta. El Tribunal insiste en que la Directiva no pretende armonizar los regímenes de responsabilidad civil, sino garantizar un nivel mínimo de protección a las víctimas de accidentes de circulación. Esa protección se articula en torno a categorías jurídicas predeterminadas, entre las que destaca la exclusión del conductor.

De este modo, el Tribunal cierra la puerta a interpretaciones expansivas que, bajo la apariencia de proteger a la víctima, desnaturalicen el sistema del seguro obligatorio. No se trata, por tanto, de valorar quién es el “verdadero causante” del accidente en términos fácticos, sino de determinar quién ostenta la condición jurídica de tercero a efectos del seguro.

Esta cuestión adquiere cierta relevancia en nuestro ordenamiento jurídico, donde ya se ha planteado un debate muy similar. En particular, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Cartagena de 9 de mayo de 2023 sostuvo que, en un supuesto en el que un ocupante intervino en la conducción, debía considerarse a este como conductor, pasando quien ocupaba el volante a tener la condición de ocupante y, por tanto, quedando cubierto por el seguro obligatorio. Dicha sentencia ha sido objeto de un recurso de casación ante el Tribunal Supremo.

Por ello, esta sentencia del TJUE adquiere cierta relevancia. Entendemos que nuestro TS, al resolver el recurso pendiente, deberá acomodar su interpretación al criterio europeo. No olvidemos que la jurisprudencia emanada del TJUE constituye Derecho Comunitario y, en consecuencia, obliga al Estado legislador a modificar cualquier disposición que se oponga al mismo, según la interpretación dada por dicho tribunal. Asimismo, también los jueces están obligados a aplicar la jurisprudencia dictada por el TJUE en esa interpretación del Derecho Comunitario.

A la luz de la doctrina establecida por el Tribunal de Justicia, resulta difícil sostener la tesis de la AP de Cartagena. La condición de conductor no depende de una intervención puntual o sobrevenida en la conducción, sino de la posición jurídica que se ostenta en el momento del accidente. El hecho de que un tercero interfiera en la conducción no altera esa posición ni permite reconvertir al conductor en ocupante a efectos de cobertura aseguradora.

Mantener la tesis contraria, supondría permitir que, en cualquier supuesto donde un factor ajeno al conductor del vehículo causante del accidente, que pudiera contribuir a su causación, convirtiese al conductor en ocupante, infringiendo el artículo 5.1 LRCSCVM. Supondría esto dejar a la interpretación de cada Juzgado o Tribunal la decisión de cuándo se aplica o no la exclusión prevista en este artículo, creando con ello inseguridad jurídica en el ámbito de la responsabilidad civil automovilística.

Entendemos que tanto el artículo 1 de la LRCSCVM, que consagra la “alteridad” como presupuesto de la responsabilidad civil del conductor, como el artículo 5.1 del mismo texto legal, resultan suficientemente claros. Así, es la persona que maneja el vehículo y resulta responsable del accidente la que queda excluida de indemnización por los daños que pueda sufrir, no pudiendo cambiar su condición por el mero hecho de que exista una circunstancia ajena que pueda haber concurrido en el devenir del accidente; piénsese, por ejemplo, en los supuestos de accidentes que ocurren por culpa de un peatón, por la intervención de un animal que cruza de forma súbita la calzada, por la entrada de una avispa en el vehículo o, incluso, por deslumbramiento del sol, supuestos en los que, al igual que sucedió en el caso que nos ocupa, el conductor puede verse afectado de forma momentánea por un factor ajeno a su propia actuación.

En definitiva, nos encontramos ante una resolución que, sin introducir grandes novedades conceptuales, tiene una notable importancia práctica al reafirmar los principios básicos del seguro obligatorio de automóviles en el ámbito europeo. El TJUE opta por una interpretación estricta, pero plenamente coherente con la lógica del sistema, evitando soluciones que, aunque bienintencionadas, podrían comprometer su equilibrio.

A nuestro juicio, el Tribunal acierta al mantener una línea interpretativa clara y previsible, que refuerza la coherencia del sistema y evita su desnaturalización. La protección de las víctimas no puede alcanzarse a costa de alterar las categorías jurídicas esenciales sobre las que se asienta el seguro obligatorio, sino a través de los instrumentos adecuados previstos por el ordenamiento.



jurisprudencia

Tribunal Supremo

CONTRATO DE SEGURO

Seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados: se examina la validez y el alcance de una cláusula de delimitación temporal del tipo «claims made» respecto de la responsabilidad civil de una letrada que había causado baja en el colegio profesional en cumplimiento de una orden judicial de suspensión o inhabilitación. Se declara la nulidad de la cláusula por su carácter limitativo, al no constar la suscripción de boletín de adhesión por parte de la asegurada ni la entrega por la entidad aseguradora del correspondiente certificado individual

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª)
de 28 de enero de 2026

Ponente: Excmo. Sr. D. Fernando Cerdá Alberro

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. *Cuestión controvertida y resumen de antecedentes*

1. La presente controversia jurídica tiene por objeto dirimir, en un contrato de seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados, la validez y el alcance de una cláusula de delimitación temporal («*claim made*») en relación con la responsabilidad civil de una abogada que había cursado baja en el colegio profesional en cumplimiento de una «orden judicial de suspensión» (o inhabilitación judicial). La cláusula limitativa aparece destacada de manera específica en la póliza de seguro colectivo y el tomador (el colegio de abogados) la ha aceptado de forma expresa. Sin embargo, no consta la existencia de boletín de adhesión del asegurado, ni la expedición de un certificado individual por la aseguradora.

2. Para la resolución de los presentes recursos extraordinario por infracción procesal y de casación interpuestos por la parte demandante, debemos partir de la relación de hechos relevantes acreditados en la instancia o no discutidos o admitidos por las partes.

- (i) Durante el año 2007, la demandante Sra. Sabina (en adelante, la «Sra. Sabina») contrató los servicios profesionales de la abogada, codemandada, D.^a Palmira (en lo sucesivo, la «Sra. Palmira»), a fin de que efectuara todas las gestiones y trámites necesarios para otorgar la escritura de manifestación y aceptación de herencia de la difunta madre de la Sra. Sabina, así como la liquidación del impuesto de sucesiones correspondiente. En atención a la petición de la Sra. Palmira, la Sra. Sabina le efectuó una transferencia por importe de 327.982,11 € en fecha 20 de noviembre de 2007. Sin embargo, la Sra. Palmira no abonó el referido impuesto de sucesiones.
- (ii) La Sra. Sabina interpuso querrela contra la Sra. Palmira por tales hechos. Ésta resultó condenada por un delito de apropiación indebida (en concurso ideal de otro delito de deslealtad profesional) y, entre otras consecuencias, se le condenó a indemnizar, en concepto de responsabilidad civil, a la Sra.

Sabina la cantidad de 327.982,11 €, más 65.026,22 €, más los intereses que se determinen en ejecución de sentencia. A ello nos referiremos como el «primer siniestro».

- (iii) Posteriormente, en el año 2010, la oficina liquidadora de la *Generalitat de Catalunya* inició un procedimiento de inspección tributaria con origen en el referido impuesto de sucesiones. En concreto, por razón de la valoración de un bien inmueble del haber hereditario y que finalizó con un acta de conformidad firmada por la Sra. Palmira en fecha 3 de noviembre de 2010, quien no informó de tal circunstancia a la Sra. Sabina. En dicha acta de conformidad se refleja que la Sra. Sabina debía hacer un pago complementario de 98.430,85 €, y se le reclamaba a su vez el correspondiente recargo de apremio del 20 %. La indemnización reclamada por la Sra. Sabina ascendía a 44.185,05 € (19.686,17 € del recargo de apremio, más 24.498,88 € por intereses). Aludiremos a ello como el «segundo siniestro».
- (iv) La Sra. Palmira estaba asegurada por la póliza colectiva suscrita por el *Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Barcelona* (en adelante, «ICAB») con la sociedad aseguradora Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en lo sucesivo, «Caser»), y que cubría su



responsabilidad civil desde el año 2006. Desde entonces, dicha póliza colectiva se había ido renovando. Respecto al contenido de esta póliza colectiva, y por cuanto ahora interesa, se han de subrayar los siguientes elementos de las condiciones particulares y especiales.

La póliza establece un límite por siniestro y asegurado de 30.000 €, con una franquicia del 10 % del importe del siniestro (con un máximo de 1.500 €). Sin embargo, el ICAB aportó a los autos un certificado, con fecha 4 de enero de 2017, en el que indica las ampliaciones de cobertura contratadas por la Sra. Palmira : en el año 2007, hasta 330.000 € [apartado b.1)]; y en el año 2010, hasta 360.000 € [apartado b.2)]; en ambos casos también con una franquicia del 10 % del importe del siniestro y con un límite máximo de 1.500 €.

La cláusula 5 establece la delimitación temporal de la cobertura mediante una cláusula comúnmente conocida como «*claim made*», en su modalidad de cláusula retrospectiva o de pasado: la cobertura se limita a las reclamaciones presentadas contra la aseguradora durante el período de vigencia de la póliza, aunque el hecho generador se haya cometido antes de la fecha de vigencia del seguro. Las páginas en que consta esta cláusula limitativa de derechos están firmadas por el tomador del seguro (el ICAB) y el contenido de la cláusula aparece destacado de manera especial con marca gráfica en negrita. Sin embargo, no consta la existencia de boletín de adhesión del asegurado (la abogada Sra. Palmira), ni por tanto que dicho boletín esté firmado por el asegurado, ni que la aseguradora Caser haya emitido el certificado individual.

La cláusula 1, al definir a los asegurados, se refiere -entre otros- a los abogados colegiados ejercientes en el ICAB y que tengan tal condición en el momento del siniestro. Por otra parte, la cláusula 8 establece la cobertura de los asegurados que, durante la vigencia de la póliza, cesen en su actividad o causen baja por invalidez permanente y total, jubilación, excedencia para ejercicio de cargo público o fallecimiento: en tales casos, continuarán con las mismas garantías que tuvieran contratadas en la póliza en el momento del cese sin limitación en cuanto al periodo de tiempo de reclamación. En las pólizas correspondientes a los años 2010 y 2015, el ámbito subjetivo se amplía a los ca-

sos de cese de actividad o baja por enfermedad grave, cese temporal o definitivo de actividad del abogado asegurado adoptados por la junta de gobierno por la aplicación de medidas cautelares, sanción disciplinaria o cambio de la situación ejerciente a no ejerciente del colegiado.

La cláusula 3, apdo. 14, excluye las reclamaciones por hechos intencionados, dolosos o fraudulentos, o por desviarse a sabiendas de la ley o de las instrucciones del cliente.

(v) La Sra. Palmira cursó baja como abogada del ICAB el 20 de noviembre de 2014, en cumplimiento de la «orden judicial de suspensión».

(vi) La primera reclamación de la Sra. Sabina contra Caser se produjo el 10 febrero de 2015.

3. La Sra. Sabina interpuso el 8 de junio 2016 la demanda que ha dado lugar al presente procedimiento. En esta demanda, al amparo del art. 76 LCS, ejercitaba dos acciones acumuladas, al referirse a los dos siniestros diferenciados.

Por una parte, en relación con el primer siniestro, pedía al juzgado que condenase a Caser a pagarle (hasta el límite de cobertura de la póliza que acredite) 539.116 €.

De otro lado, y respecto del segundo siniestro, solicitaba que se condenase a la Sra. Palmira a pagarle solidariamente con la aseguradora Caser la cantidad de 19.689,17 € del recargo de apremio, más 24.498,88 € por los intereses de demora devengados hasta el 17 de marzo de 2016, y los intereses de demora que se devengasen desde esa fecha hasta el pago efectivo de la deuda.

En tercer lugar, pedía que se condenase a Caser a pagar, respecto de la cantidad a que resultase condenada finalmente, los intereses del art. 20 LCS, desde la fecha de cada uno de los siniestros y hasta el total pago. Y, por último, pedía que se condenase a ambos demandados al pago de las costas causadas en el presente procedimiento.

4. Caser contestó la demanda y solicitó su desestimación con imposición de costas a la actora. A tal fin alegó que la cobertura del seguro sólo incluía los siniestros comunicados durante la vigencia de la póliza: en el presente caso, la demandante Sra. Sabina realizó esta comunicación el 10 de febrero de 2015, pero la abogada

Sra. Palmira ya había cursado baja en el ICAB desde el 20 de noviembre de 2014. Además, Caser arguyó que la póliza suscrita sólo cubría la responsabilidad civil derivada de errores involuntarios de la asegurada, mientras que la abogada Sra. Palmira había sido condenada penalmente por los referidos delitos.

La codemandada Sra. Palmira no contestó a la demanda, por lo que fue declarada en situación procesal de rebeldía.

5. El Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona dictó la sentencia 152/2018, de 9 de julio, en la que estimó en parte la demanda de la Sra. Sabina, sin imposición de costas.

Por una parte, desestimó la primera acción ejercitada en la demanda, y dirigida contra la aseguradora Caser, por entender que los hechos objeto de reclamación quedaban incardinados en las exclusiones de la cláusula 3.14 de la póliza, al ser un hecho doloso por el que la abogada Sra. Palmira había sido declarada penalmente responsable. Así pues, el juzgado rechazó la condena a la aseguradora a indemnizar el primer siniestro (por importe de 494.931,20 €), al considerar que la actuación dolosa de la asegurada estaba excluida de la cobertura de la póliza.

De otro lado, respecto de la segunda acción ejercitada, dirigida de forma solidaria contra la Sra. Palmira y la aseguradora, el juzgado la estimó, al considerar que el siniestro reclamado había tenido lugar en el año 2010, y en esa fecha la póliza se encontraba en vigor, puesto que la codemandada Sra. Palmira no causó baja en el ICAB hasta el 20 de noviembre de 2014. Así pues, el juzgado condenó solidariamente a la Sra. Palmira y a Caser a pagar a la actora la cantidad de 19.686,17 €, más 24.498,88 € como intereses devengados hasta el 17 de marzo de 2016 (en total, 44.185,05 €), con la indicación de que la cobertura de Caser estaba limitada a la cantidad de 30.000 € y con una franquicia de un 10 % con un máximo de 1.500 €. Además, condenó a las codemandadas al pago de los intereses legales que se devengasen desde el 17 de marzo de 2016 hasta el completo pago. Sin embargo, rechazó aplicar a la aseguradora los intereses del art. 20 LCS, al apreciar la concurrencia de causa justificada (art. 20.8 LCS).

6. La demandante Sra. Sabina recurrió en apelación la sentencia de primera instancia, en relación con la desestimación de la reclamación formulada contra la aseguradora por el primer siniestro de 2007.

La aseguradora Caser, amén de oponerse al recurso de apelación, impugnó la sentencia de primera instancia respecto de la estimación de la reclamación en su contra por el segundo siniestro de 2010.

7. La Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 19.ª) en su sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, desestima el recurso de apelación de la Sra. Sabina y estima la impugnación de Caser, por lo que revoca en parte la sentencia de primera instancia, en el sentido de dejar sin efecto la condena a Caser, a quien absuelve de los pedimentos formulados en su contra. Y ello sin imposición de costas a ninguna de las partes en ninguna de las instancias.

Como fundamento de su resolución, la audiencia provincial empieza con la desestimación de la apelación de la Sra. Sabina, por lo que confirma el criterio de la sentencia de primera instancia respecto del rechazo de la reclamación por el primer siniestro del año 2007, si bien por razones distintas. La audiencia provincial entiende que, según sostiene la apelante, la causa de exclusión de cobertura prevista en la cláusula 3.14 (por conducta dolosa del asegurado) no es oponible al tercer perjudicado. Sin embargo, la audiencia considera que el siniestro queda fuera de cobertura por aplicación de la cláusula «*claim made*» de delimitación temporal de cobertura (cláusula 5 de la póliza), de modo que sólo quedan cubiertos los siniestros que se hayan reclamado durante la vigencia de la póliza. A este respecto, reproduce pasajes de la sentencia de pleno de esta sala n.º 252/2018, de 26 de abril, sobre la cláusula «*claim made*». A continuación, entiende que la póliza venció cuando la asegurada Sra. Palmira cursó baja en su condición de abogada en el ICAB en noviembre de 2014 (cláusula 8 de la póliza). La audiencia provincial considera que la cláusula «*claim made*» recogida en la póliza respetaba los requisitos del art. 3 LCS, al aparecer destacada de modo especial con marca gráfica en negrita y haber sido aceptada.

Precisamente por estos argumentos sobre la validez y aplicación de la cláusula de delimitación temporal, estimó la impugnación formulada por Caser en relación con el siniestro de 2010, pues la demandante no lo comunicó hasta el año 2015, momento en que la asegurada Sra. Palmira ya había cursado baja en el ICAB.

8. La apelante solicitó aclaración de la sentencia respecto de qué versión de la cláusula 8 (sobre la vigencia de la póliza en determinadas circunstancias subjetivas de los abogados ase-

gurados: cese, jubilación, excedencia...) consideraba la audiencia provincial aplicable, puesto que su redacción no era la misma en la póliza del período en el que se produjo el primer siniestro (2007), que en la del segundo (2010). La audiencia provincial desestimó esta solicitud.

9. Frente a la sentencia de apelación, la Sra. Sabina formula un recurso extraordinario por infracción procesal, sobre la base de un único motivo, y un recurso de casación, articulado en cinco motivos.

SEGUNDO. Motivo único del recurso extraordinario por infracción procesal

1. Planteamiento. Este motivo único del recurso extraordinario por infracción procesal, al amparo del art. 469.1.2.º LEC, denuncia la infracción del art. 218.2 LEC, por haber realizado la audiencia provincial una valoración arbitraria, que vulnera las reglas de la lógica y de la razón, respecto de la vigencia de la póliza de seguros, al considerar que no estaba vigente cuando la Sra. Sabina realizó la reclamación a la aseguradora Caser el año 2015.

En el desarrollo del motivo la parte recurrente alega, resumidamente, que la audiencia provincial yerra al confundir la «baja del letrado para el ejercicio de la abogacía» con la «baja del letrado en su condición de colegiado».

A este respecto, la recurrente invoca el art. 16 de la *Normativa de l'Advocacia Catalana* (inscrita al *Registre de Col·legis Professionals* de la *Generalitat de Catalunya* por la resolución JUS/880/2009, de 24 de marzo), que contempla expresamente que la inhabilitación para el ejercicio profesional no comprende la pérdida de la condición de colegiado, sino que la persona afectada continuará perteneciendo al colegio en condición de no ejerciente.

Esta consecuencia la anuda a la previsión de la cláusula 8 de la póliza, según la cual continúan con las mismas garantías los asegurados que, durante la vigencia de la póliza, cesen en su actividad por cambio de la situación de ejerciente a no ejerciente del colegiado.

Por tanto, la recurrente sostiene que la Sra. Palmira se encontraba en situación de no ejerciente, debido a su inhabilitación profesional (como pena accesoria de los delitos de deslealtad profesional: arts. 463 y ss. CP), desde el 20 de noviembre de 2014. En dicha situación como abogada no ejerciente permanecía la Sra. Palmira cuando la Sra. Sabina realizó la reclamación a

la aseguradora Caser (en febrero de 2015), por lo que la póliza estaba vigente.

2. Decisión de la sala. El motivo debe decaer por las razones que se exponen a continuación.

A propósito de la exigencia de motivación de las sentencias, el art. 218.2 LEC ordena en su segundo inciso:

«La motivación deberá incidir en los distintos elementos fácticos y jurídicos del pleito, considerados individualmente y en conjunto, ajustándose siempre a las reglas de la lógica y de la razón.»

La doctrina de esta sala sobre el alcance de esta exigencia de ajuste a las reglas de la lógica y de la razón se recoge, entre otras, en la sentencia n.º 634/2015, de 10 de noviembre, que señala:

«[...] la lógica a que se refiere el art. 218.2 LEC es la de la argumentación -entramado argumentativo-, exposición de razones o consideraciones en orden a justificar la decisión, sin que se extienda al acierto o desacierto de las mismas, ni quepa al socaire de dicho precepto traer al campo del recurso extraordinario por infracción procesal el debate sobre las cuestiones de fondo..., que corresponden al ámbito del recurso de casación (sentencias 888/2010, de 30 de diciembre, 232/2012, de 23 de abril, 586/2013, de 8 de octubre, y 215/2013 (bis), de 8 de abril, entre otras muchas). Es decir, como precisó la sentencia 705/2010, de 12 de noviembre, la exigencia del art. 218.2 “*in fine*”, de la LEC de que la motivación debe ajustarse a las reglas de la lógica y de la razón se refiere a la exposición argumentativa del tribunal y no a si es lógica la interpretación jurídica, ni la conclusión de este orden extraída, efectuadas por la resolución recurrida, pues se trata de cuestiones de fondo propias del recurso de casación.»

La misma consideración se reitera en la sentencia n.º 405/2018, de 29 de junio:

«Es jurisprudencia de este tribunal que la norma del inciso final del art. 218.2 LEC, que exige que la motivación se ajuste a las reglas de la lógica y de la razón, se refiere a la exposición argumentativa del tribunal y no a si es correcta la interpretación jurídica, ni la conclusión de este orden extraída, efectuadas por la resolución recurrida.

«Por tanto, la motivación arbitraria, ilógica o manifiestamente errónea que proscribe el art. 218.2 LEC no es la meramente discutible ni la jurídicamente equivocada, sino la que pugna con las reglas de la lógica y de la razón. El error jurídico, cuando se refiere a las normas aplicables para resolver el litigio, es controlable mediante el recurso de casación...».

Así pues, no puede decirse que la motivación de la sentencia recurrida sea ilógica o que no se ajuste a las reglas de la razón, pues contiene una exposición argumentativa sobre el momento en que entiende que dejó de estar vigente la póliza de seguros.

Cuestión distinta es que sea o no correcta la valoración jurídica que realiza la audiencia provincial sobre este punto. Al tratarse de una cuestión de fondo, su control ha de hacerse por el recurso de casación, por lo que resulta improcedente plantear esta valoración jurídica mediante el recurso extraordinario por infracción procesal.

TERCERO. *Motivo primero del recurso de casación*

1. Planteamiento. En el motivo primero del recurso de casación se denuncia la infracción del art. 73 LCS, en relación con el art. 3 LCS.

En resumen, la recurrente arguye que la sentencia recurrida considera aplicable la cláusula de delimitación temporal «*claim made*», al sostener que cumple las exigencias del art. 3 LCS, al que remite el art. 73 LCS. Sin embargo, la recurrente entiende que ello es incorrecto, ya que en los seguros colectivos la exigencia de transparencia contractual impone que el asegurador ponga en conocimiento del asegurado, y no sólo del tomador, las cláusulas limitativas de derechos en la forma ordenada por el art. 3 LCS; y en el presente caso la asegurada (la abogada Sra. Palmira) no fue informada del contenido de esta cláusula limitativa de delimitación temporal de la cobertura («*claim made*»), pues en la póliza de seguros sólo consta la firma del tomador (el ICAB), pero no la de esta abogada. La recurrente alega que ejerció, en calidad de perjudicada, la acción directa contra la aseguradora del art. 76 LCS, e invoca la jurisprudencia del Tribunal Supremo relativa al conocimiento y aceptación de las cláusulas limitativas por parte del asegurado en un seguro colectivo.

En consecuencia, la recurrente defiende que no se puede oponer al asegurado ni al per-

judicado esta cláusula limitativa, por lo que se ha de aplicar la póliza y el límite de cobertura vigente en el momento de ocurrir el siniestro. A este respecto, insiste en que -según el certificado del ICAB de 4 de enero de 2017, sobre la póliza ampliada de responsabilidad civil profesional contratada por la Sra. Palmira con Caser- el límite de cobertura de la póliza vigente en el año 2007 (para el primer siniestro) era de 330.000 € y en el año 2010 (para el segundo siniestro) ascendía a 360.000 €, en ambos casos con una franquicia del 10 % del importe del siniestro como el límite máximo de 1.500 €. Además, alega el deber establecido por el art. 106 del Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados (aprobado por RD 2486/1998), relativo al deber de las aseguradoras de procurar a los asegurados en los seguros colectivos la información que afecta a sus derechos y obligaciones antes de la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia del contrato.

Y concluye que, en atención a todo lo anterior, no ha habido causa que justificara el impago por la aseguradora de la indemnización solicitada, por lo que se le debe imponer la obligación de pagar los intereses moratorios del art. 20 LCS.

2. Resolución del tribunal. Procede estimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

2.1. De entrada, se ha de indicar que la recurrente ya alegó en su demanda que la cláusula de delimitación temporal de la cobertura («*claim made*») no había sido específicamente aceptada por escrito, por lo que había de estarse a las pólizas vigentes en los respectivos momentos de ocurrir cada uno de los dos siniestros.

Además, la recurrente no estaba obligada a plantear esta cuestión en el recurso de apelación, porque la razón por la que en primera instancia el juzgado había desestimado la primera acción ejercitada no fue la aplicación de la cláusula «*claim made*», sino que la actuación dolosa de la abogada asegurada estaba excluida de la cobertura de la póliza.

2.2. Por cuanto atañe al fondo de este motivo primero del recurso de casación, la controversia se refiere a la cláusula de delimitación temporal de la cobertura (comúnmente, conocida como «*claim made*») en su modalidad de cláusula retrospectiva o de pasado, cuya admisibilidad está regulada por el art. 73.II, inc. 2º, LCS.

En esta modalidad de cláusula «*claim made*» retrospectiva o de pasado, la cobertura de la aseguradora se circunscribe a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza, siempre que la cobertura se extienda a los casos en que el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurado haya podido tener lugar con anterioridad, al menos, de un año desde el comienzo de efectos del contrato. En su virtud, la deuda de responsabilidad se desplaza al momento en que se produzca la reclamación, con tal que la cobertura se extienda a los casos en que la obligación de indemnizar haya nacido al menos un año antes de la vigencia del seguro (y aunque haya habido prórrogas).

Como cláusula limitativa de los derechos del asegurado que es, para la validez de la cláusula «*claim made*» se requiere que dicha cláusula resulte probada y que se ajuste a las previsiones del art. 3 LCS.

Así lo exige el art. 73.II, inc. 2º, LCS, que expresamente remite a aquella norma, cuando determina:

«Asimismo, y con el mismo carácter de cláusulas limitativas conforme a dicho artículo 3...».

El art. 3.I LCS, tras ordenar en su inciso segundo que las condiciones generales y particulares se redacten de forma clara y precisa, a continuación impone en su inciso tercero:

«Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito».

Así pues, el art. 3.I, inc. 3º, LCS establece una doble exigencia: (1) el deber de destacar de modo especial la cláusula limitativa; y (2) su aceptación específica por escrito.

2.3. En este motivo del recurso de casación, no se discute tanto que la cláusula «*claim made*» esté destacada de modo especial o que haya sido aceptada por el tomador del seguro, sino que -en atención a que se trata de un seguro colectivo- también el asegurado haya sido informado de ella por el asegurador y que el asegurado la haya aceptado por escrito.

Según señala la jurisprudencia de esta sala, recogida en la sentencia n.º 516/2009, de 15 de julio:

«En los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento (STS 6 de abril de 2001).

«De acuerdo con el art. 7.2 LCS (citado como infringido) en los casos de distinción entre el tomador y el asegurado las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. En los seguros colectivos (STS de 14 de junio de 1994) el tomador del seguro debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas.

«Sin embargo, la exigencia de transparencia contractual, al menos cuando la perfección del contrato está subordinada a un acto de voluntad por parte de solicitante, consistente en su adhesión al seguro colectivo, impone que el asegurador cumpla también con el deber de poner en conocimiento del asegurado dichas cláusulas limitativas con la claridad y énfasis exigido por la Ley y recabe su aceptación especial, para lo cual constituye instrumento idóneo la solicitud de adhesión que se prevé para este tipo de seguros (STS 18 de octubre de 2007)».

En el régimen jurídico de los seguros colectivos se establece el deber de facilitar a los asegurados la información que afecte a sus derechos y obligaciones, antes de la firma del boletín de adhesión. Así se establecía ya en el art. 106 Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (aplicable *ratione temporis*):

«Igualmente las entidades aseguradoras estarán sujetas a las obligaciones recogidas en los artículos 104 y 105 anteriores, en relación con los asegurados de los seguros colectivos, debiendo suministrarse la información que afecte a los derechos y obligaciones de éstos, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia

del contrato, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro».

Y para probar el cumplimiento de este deber, el art. 107 del Real Decreto 2486/1998 ordenaba:

«Se acreditará que el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado ha recibido con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, toda la información requerida a este respecto en los artículos precedentes, mediante una mención, fechada y firmada por el tomador o asegurado, en su caso, insertada al pie de la póliza o del boletín de adhesión, en la que reconozca haberla recibido con anterioridad y se precise su naturaleza y la fecha de su recepción».

En la actualidad, esta obligación se mantiene en el art. 122.4 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que determina:

«En los seguros colectivos o de grupo, el asegurador deberá suministrar la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión cuando proceda dicha firma o, durante la vigencia del contrato en caso contrario, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro. En los boletines de adhesión y certificados de seguro deberá figurar la información que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados. El asegurador informará por escrito, o mediante soporte electrónico duradero, sobre cualquier cambio en el contenido de dichos documentos».

2.4. La jurisprudencia es constante al exigir que, en los seguros colectivos, las cláusulas limitativas sean conocidas y aceptadas, tanto por el tomador, como por el asegurado, a quien debe entregarse un boletín de adhesión y un certificado individual.

Así se pronuncia, por ejemplo, la sentencia de esta sala n.º 1058/2007, de 18 de octubre, al concluir:

«En suma, la existencia de una relación directa entre la aseguradora y el asegurado, que formula una declaración de voluntad de adhesión instrumentada mediante documentos emitidos por la aseguradora que

pretenden ser expresivos de las condiciones de la póliza, determina que las exigencias formales relacionadas con las cláusulas limitativas deben cumplirse mediante estos documentos contractuales respecto de cada concreto asegurado y no es suficiente con su cumplimiento en el contrato colectivo suscrito por el tomador».

Particularmente interesante es el fundamento de derecho 9.º de esta sentencia n.º 1058/2007, de 18 de octubre, que señala:

«En los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado, porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento (STS 6 de abril de 2001, rec. 878/1996).

«De acuerdo con el artículo 7 LCS en los casos de distinción entre el tomador y el asegurado las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. De este principio se infiere que la carga de información que pesa sobre el asegurador para cumplir con el principio de transparencia contractual está en relación con la posición que respectivamente ocupan en el contrato el tomador y el asegurado. Las exigencias formales que afectan a las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado impuestas por el artículo 3 LCS, entre las cuales figura la especial aceptación por parte de éste, deben ser interpretadas en consonancia con este principio.

«En los seguros colectivos, según se desprende de la jurisprudencia invocada (STS de 14 de junio de 1994 y 24 de junio de 1994), el tomador del seguro debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas. Esta exigencia resulta adecuada a la posición del tomador del seguro, en cuanto al contratar contrae obligaciones como tal tomador, aunque el seguro tenga un carácter genérico y requiera para su perfección respecto de los distintos asegurados la declaración de voluntad individual en que consiste la adhesión.

«Sin embargo, la exigencia de transparencia contractual, especialmente en lo que afecta a las cláusulas limitativas, exige que, al menos cuando la perfección del contrato está subordinada a un acto de voluntad por parte de solicitante, consistente en su adhesión al seguro colectivo, el asegurador cumpla con el deber de poner en conocimiento del asegurado dichas cláusulas limitativas con la claridad y énfasis exigido por la ley y recabe su aceptación especial, para lo cual constituye instrumento idóneo la solicitud de adhesión que se prevé para este tipo de seguros.

«Así lo declara la STS 27 de julio de 2006, rec. 2294/1999, la cual, en un supuesto de seguro colectivo en que “los únicos documentos que fueron facilitados al demandante fueron el boletín de adhesión y el

certificado de seguro”, declara la imposibilidad de oponer al asegurado el contenido de las cláusulas delimitadoras del riesgo incluidas en las cláusulas generales de la póliza, “por cuanto a ellas ha de proyectarse la voluntad contractual, en la medida en que integran el objeto del contrato, y sobre ellas ha de recaer el consentimiento que lo perfecciona, lo que se resume en la necesidad de aceptación de las mismas previo su conocimiento.”

«Es menester, pues, que cuando la aseguradora interviene expidiendo un documento individual en favor del solicitante que se adhiere a un seguro colectivo y con ello presta su consentimiento para la perfección del contrato, haga constar en el expresado documento con suficiente claridad no sólo la cobertura del seguro, sino también la exis-



tencia de cláusulas limitativas, con los requisitos formales exigidos por el artículo 3 LCS.

«Aunque se trata de una norma posterior a los hechos enjuiciados, y además de carácter reglamentario y, por ello, subordinada a la ley y a la interpretación que de la misma realicen los tribunales, tomamos en consideración que un criterio interpretativo similar se sigue en el artículo 106 del Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados aprobado por RD 2486/1998, el cual establece que las entidades aseguradoras deben suministrar a los asegurados de los seguros colectivos la información que afecta a sus derechos y obligaciones con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia del contrato, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro.

«Desde la perspectiva de las reglas sobre interpretación de los contratos, la oscuridad sobre el alcance de las cláusulas contractuales, especialmente si tienen un carácter limitativo de los derechos del asegurado, originada por la aseguradora, que puede haber movido al asegurado a aceptar el seguro en unas condiciones distintas de aquellas cuyo conocimiento cree tener, no puede redundar en beneficio de quien ha causado la oscuridad, de acuerdo con el principio que tiene su reconocimiento en el artículo 1288 CC, según el criterio de interpretación de las cláusulas *contra proferentem* [contra el que las ha emitido].»

La misma doctrina se aplica en la sentencia de esta sala n.º 715/2013, de 25 de noviembre, referida también a una póliza de seguros colectiva concertada por un colegio profesional (el Colegio de Médicos de Alicante) del que formaba parte el asegurado, y dictada asimismo en un caso de responsabilidad civil profesional. En el fundamento de derecho 3.º de esta sentencia se indica:

«[...] las cláusulas limitativas de derechos se dirigen a condicionar o modificar el derecho del asegurado y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiere producido. Estas deben cumplir los requisitos formales previstos en el art. 3 LCS, de modo que deben ser destacadas de un modo especial y han de ser expresamente aceptadas por escrito, formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del

riesgo cubierto (sentencias del Tribunal Supremo 268/2011, de 20 de abril, y 516/2009, de 15 de julio).»

Otro tanto sucede en la sentencia de esta sala n.º 541/2016, de 14 de septiembre, que igualmente se refiere a un seguro colectivo suscrito por otro colegio profesional (en el caso, el Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Cataluña), y que reproduce la ya citada sentencia n.º 1058/2007, de 18 de octubre. En el fundamento de derecho 4.º.1 de esta sentencia n.º 541/2016, de 14 de septiembre, se declara:

«A su vez, hemos de tener presente que la póliza de seguro objeto de litigio no fue individual, sino colectiva. Y, en los seguros colectivos, no sólo el tomador del seguro, sino cada asegurado, debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas de derechos en los términos del art. 3 LCS (sentencia n.º 715/2013, de 25 de noviembre). Diferenciación entre seguros individuales y colectivos que fue tratada extensamente en la sentencia n.º 1058/2007, de 18 de octubre, [...]».

Y, a continuación, como hemos indicado, esta sentencia n.º 541/2016, de 14 de septiembre, transcribe el ya referido pasaje del fundamento de derecho 9.º de la sentencia n.º 1058/2007, de 18 de octubre.

Asimismo, la sentencia de esta sala n.º 555/2019, de 22 de octubre, en relación también con un seguro colectivo en un caso de responsabilidad civil profesional por servicios de asesoramiento fiscal (seguro colectivo suscrito, como tomador, por la Asociación de Profesionales Expertos Contables y Tributarios de España), en su fundamento de derecho 3.º.3.ª) reitera el citado texto del fundamento de derecho 9.º de la sentencia n.º 1058/2007, de 18 de octubre.

Esta doctrina jurisprudencial, también con referencia a las previsiones sobre el seguro colectivo en la normativa de ordenación de los seguros privados, se recoge asimismo en la sentencia de esta sala n.º 87/2021, de 17 de febrero, cuyo fundamento de derecho 3.º.3 establece:

«[...] en los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegu-

rarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento” (sentencias de 6 de abril de 2001, rec. 878/1996; 1058/2007, de 18 de octubre; 516/2009, de 15 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre; 570/2019, de 4 de noviembre; y 636/2020, de 25 de noviembre, entre otras).

«El art. 50.3 del Real Decreto 1348/1985, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación del seguro privado, vigente a la fecha de adhesión del demandante, señalaba que, en los seguros colectivos de vida, además de la póliza, deberá utilizarse el boletín de adhesión suscrito conjuntamente por el tomador del seguro y el asegurado, lo que conformaba una exigencia derivada de la necesidad de contar con la voluntad exteriorizada del adherente de incorporarse al seguro de vida pactado por el tomador, sometiéndose a su régimen jurídico. De tal regulación se deduce que el asegurado, por un elemental deber de transparencia, ha de contar, al tiempo de su adhesión, con la información básica derivada del contrato al que se va a incorporar y que garantizará los riesgos objeto de cobertura.

«Este deber de transparencia contractual se refleja expresamente en disposiciones ulteriores, no vigentes al tiempo de contratar, como en el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en cuyos arts. 106 y 107, se refleja que el asegurado ha de recibir con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, la información requerida para conocer el alcance del contrato, lo que hoy en día se reproduce en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que deroga la disposición anterior.

«Esta necesidad de facilitar información a los asegurados en los seguros colectivos es recordada por la jurisprudencia (sentencias de 27 de julio de 2006, en recurso 2294/1999; 1058/2007, de 18 de octubre; 516/2009, de 15 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre y 555/2019, de 22 de octubre), que reconoce la inoponibilidad de cláusulas no informadas al adherente, especialmente las limitativas».

2.5. Así pues, según esta doctrina reiterada y constante de la sala, la exigencia de transparencia contractual impone la necesidad de que, en los seguros colectivos, el asegurador ponga en conocimiento, no sólo del tomador sino también del asegurado, las cláusulas limitativas con los requisitos del art. 3 LCS. Por tanto, para que dichas cláusulas limitativas sean válidas y oponibles, el asegurador ha de redactarlas con la claridad y el énfasis exigidos por la norma y ha de recabar su aceptación especial también por el asegurado, para lo cual resulta instrumento idóneo la solicitud de adhesión prevista para este tipo de seguros.

En consecuencia, la sentencia recurrida infringe la jurisprudencia de la sala pues, si bien el tomador del seguro (el ICAB) aceptó de forma expresa la cláusula limitativa «*claim made*» que es objeto de debate y ésta aparece destacada de forma específica en la póliza del seguro de responsabilidad civil profesional, no consta la existencia de boletín de adhesión de la asegurada ni la expedición de certificado individual en los que se informara a dicha asegurada de las condiciones del contrato.

2.6. La estimación de este primer motivo del recurso de casación hace innecesario el examen de los restantes motivos.

CUARTO. Asunción de la instancia. Estimación del recurso de apelación, desestimación de la impugnación de la sentencia de primera instancia y estimación de la demanda

1. La estimación del recurso de casación conlleva que debemos asumir la instancia, a fin de resolver el recurso de apelación, y como quiera que la cláusula en la que se amparó la aseguradora para denegar la indemnización no fue expresamente aceptada y firmada por el asegurado, es nula e inoponible al mismo, a tenor del art. 3 LCS.

2. En consecuencia, debe estimarse el recurso de apelación de la demandante y con él la demanda, a fin de condenar a Caser a pagar a la Sra. Sabina , por el primer siniestro, el importe de 328.500 €, que corresponde al límite de cobertura vigente durante el año 2007 (330.000 €), menos el importe de la franquicia (1.500 €).

3. Asimismo, ha de desestimarse la impugnación de Caser a la sentencia de primera instancia, por lo que se condena solidariamente a Caser y a la Sra. Palmira a pagar a la Sra. Sabina, por el segundo siniestro, el importe de 42.685,05 €, que corresponde a la cuantía de dicho siniestro.

tro (44.185,05 €, resultante de la suma de 19.686,17 € por el recargo de apremio, más 24.498,88 € por intereses) menos el importe de la franquicia (1.500 €).

4. Además, respecto de las cantidades a cuyo pago ha sido condenada Caser, se condena también a ésta a abonar a la Sra. Sabina los intereses previstos en el art. 20 LCS, desde la fecha de la primera reclamación de la Sra. Sabina contra Caser: esto es, desde el 10 de febrero de 2015 (art. 20.6.º.III LCS).

A este respecto, conviene indicar que, aunque la sentencia de primera instancia entendió que no eran aplicables los intereses del art. 20 LCS, al apreciar una causa justificada (art. 20.8.º LCS), este pronunciamiento fue objeto de impugnación por la Sra. Sabina en su recurso de apelación (alegaciones 11.ª a 15.ª, págs. 14-19).

En efecto, es doctrina de esta sala que los intereses del art. 20 LCS tienen un carácter marcadamente sancionador. Por tanto, se impone una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del deber de indemnizar, con la finalidad de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (sentencias n.º 743/2012, de 4 de diciembre, n.º 206/2016, de 5 de abril, n.º 514/2016, de 21 de julio, n.º 456/2016, de 5 de julio, n.º 36/2017, de 20 de enero, n.º 73/2017, de 8 de febrero, n.º 26/2018, de 18 de enero, n.º 56/2019, de 25 de enero, n.º 556/2019, de 22 de octubre, n.º 419/2020, de 13 de julio, n.º 503/2020, de 5 de octubre, n.º 563/2021, de 26 de julio, n.º 1321/2023, de 27 de septiembre).

En congruencia con ello se ha determinado que sólo concurre la causa justificada del art. 20.8.º LCS en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar: esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (sentencias n.º 252/2018, de 10 de octubre, n.º 56/2019, de 25 de enero, n.º 556/2019, de 22 de octubre, n.º 570/2019, de 4 de noviembre, n.º 47/2020, de 22 de enero, n.º 419/2020, de 13 de julio, n.º 563/2021, de 26 de julio, y n.º 1321/2023, de 27 de septiembre, entre otras muchas).

Ahora bien, como es natural, la mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse

cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 LCS, pues en tal caso su juego normativo quedaría subordinado a la formalización de su oposición por parte de las compañías aseguradoras, que tendrían en sus manos demorar las liquidaciones de los siniestros y evitar la aplicación de los referidos intereses.

En aras de evitar tan indeseables resultados, es necesario que la judicialización, excluyente de la mora, se encuentre fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la aseguradora a hacer honor al compromiso contractualmente asumido. No ofrece duda que la mera circunstancia de acudir al proceso no permite presumir la racionalidad de la oposición a indemnizar, puesto que no se da un enlace preciso y directo, conforme a las directrices de la lógica, entre ambos comportamientos con trascendencia jurídica (sentencias n.º 503/2020, de 5 de octubre, n.º 563/2021, de 26 de julio).

En definitiva, como señala la sentencia del Tribunal Supremo n.º 317/2018, de 30 de mayo, citada por las más recientes n.º 419/2020, de 13 de julio, n.º 563/2021, de 26 de julio, n.º 1321/2023, de 27 de septiembre:

«[...] solamente cuando la intervención judicial sea necesaria para fijar el derecho a la indemnización y razonable la oposición de la compañía, ante la situación de incertidumbre concurrente, podrá nacer la causa justificada a la que se refiere el art. 20.8 LCS».

De esta manera, se expresan igualmente las sentencias n.º 56/2019, de 25 de enero, n.º 556/2019, de 22 de octubre, n.º 116/2020, de 19 de febrero, n.º 503/2020, de 5 de octubre.

Pues bien, en el presente caso, la perjudicada Sra. Sabina ejercitó la acción directa contra la aseguradora Caser por los graves daños y perjuicios causados por la actuación de la abogada Sra. Palmira, asegurada en la póliza colectiva contratada por el ICAB, respecto de la cual se acreditó después que la Sra. Palmira tenía contratada con Caser una póliza ampliada de responsabilidad civil profesional. Caser conocía la existencia de los dos siniestros, y no abonó a la perjudicada ninguna indemnización. La compañía aseguradora alegó, respecto del primer siniestro, la actuación dolosa de la asegurada, lo cual resulta inoponible ante la perjudicada; y, además, una cláusula limitativa de los derechos de la asegurada («*claim made*»), sin que conste

la existencia de boletín de adhesión de la asegurada ni la expedición de certificado individual por la aseguradora, en los que se informara a dicha asegurada de las condiciones del contrato.

Por ende, no cabe considerar que concurra causa justificada que pudiera evitar la imposición de los intereses moratorios del art. 20 LCS, a los que debe ser condenada también Caser en los concretos términos antes indicados.

5. En relación con el importe a cuyo pago ha sido condenada la Sra. Palmira, se condena también a ésta a abonar a la Sra. Sabina el interés legal desde la fecha de la interposición de la demanda: vale decir, desde el 8 de junio de 2016.

QUINTO. Costas y depósitos

1. La desestimación del recurso extraordinario por infracción procesal comporta la condena al recurrente al pago de las costas de este recurso (arts. 398.1 y 394.1 LEC).

2. La estimación del recurso de casación conlleva que no proceda hacer expresa imposición de las costas causadas por el referido recurso (art. 398.2 LEC).

3. Asimismo, dicha estimación del recurso de casación comporta también la del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de primera instancia, por lo que no procede hacer expresa imposición de las costas de dicha apelación (art. 398.2 LEC).

4. Como consecuencia de la estimación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, se desestima la impugnación de la codemandada Caser a la sentencia de primera instancia, por lo que se imponen a Caser las costas de esta impugnación (arts. 398.1 y 394.1 LEC).

5. Al haberse estimado la petición formulada en la demanda, procede imponer a las codeemandadas las costas de primera instancia (art. 394.1 LEC).

6. Se acuerda la pérdida del depósito constituido para la interposición del recurso extraordinario por infracción procesal y la devolución de los depósitos constituidos para la formulación de los recursos de casación y de apelación, de conformidad con la disp. adic. 15.ª.9.8 LOPJ.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1.º Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, dictada por la Sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (rollo n.º 159/2019), que conoció de la apelación de la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016).

2.º Estimar el recurso de casación interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 284/2020, de 5 de octubre, dictada por la Sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (rollo n.º 159/2019), que conoció de la apelación de la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), que casamos y anulamos.

3.º Estimar el recurso de apelación interpuesto por D.ª Sabina contra la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), en el sentido de condenar a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., a pagar a D.ª Sabina, por el primer siniestro, el importe de 328.500 €.

4.º Desestimar la impugnación interpuesta por Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. contra la sentencia n.º 152/2018, de 9 de julio, del Juzgado de Primera Instancia n.º 23 de Barcelona (procedimiento ordinario n.º 441/2016), en el sentido de confirmar la condena solidaria a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y a D.ª Palmira a pagar a D.ª Sabina, por el segundo siniestro, el importe de 42.685,05 €.

5.º Condenar a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a pagar a D.ª Sabina, respecto de los importes a cuyo abono aquélla ha sido condenada, los intereses previstos en el art. 20 LCS, desde el 10 de febrero de 2015.

6.º Condenar a D.ª Palmira a pagar a D.ª Sabina, respecto del importe a cuyo abono aquélla ha sido condenada, el interés legal desde el 8 de junio de 2016.

7.º Condenar a D.ª Sabina al pago de las costas del recurso extraordinario por infracción

procesal, y no hacer expresa imposición de las costas causadas por el recurso de casación, ni de las derivadas del recurso de apelación.

8.º Imponer a las partes codemandadas Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y D.ª Palmira las costas de la primera instancia.

9.º Imponer a Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. las costas de la impugnación de la sentencia de primera instancia.

10.º Acordar la pérdida del depósito constituido para la interposición del recurso extraor-

dinario por infracción procesal, así como la devolución de los depósitos constituidos para la formulación de los recursos de casación y de apelación.

Líbrese a la mencionada audiencia provincial la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa. Así se acuerda y firma.



Por **Susana Sucunza Totoricagüena**

Abogada. Decana del Ilustre Colegio de Abogados de Álava. Vocal de AEAERCYS en Euskadi

La presente controversia jurídica tiene por objeto dirimir, en un contrato de seguro colectivo de responsabilidad civil profesional de abogados, la validez y el alcance de una cláusula de delimitación temporal («claim made») en relación con la responsabilidad civil de una abogada que había cursado baja en el colegio profesional en cumplimiento de una «orden judicial de suspensión» (o inhabilitación judicial). La cláusula limitativa aparece destacada de manera específica en la póliza de seguro colectivo y el tomador (el colegio de abogados) la ha aceptado de forma expresa. Sin embargo, no consta la existencia de boletín de adhesión del asegurado, ni la expedición de un certificado individual por la aseguradora.

Se plantea inicialmente **recurso extraordinario por infracción procesal** al amparo del art. 469.1.2.º LEC, denunciando **infracción del art. 218.2 LEC, por haber realizado la Audiencia Provincial una valoración arbitraria, que vulnera las reglas de la lógica y de la razón, respecto de la vigencia de la póliza de seguros.**

La Sala desestima el recurso en base a la doctrina de la misma que indica que la lógica a que se refiere el art. 218.2 LEC es la de la argumentación -entramado argumentativo-, exposición de razones o consideraciones en orden a justificar la decisión, sin que se extienda al acierto o desacierto de las mismas, ni quepa al socaire de dicho precepto traer al campo del recurso extraordinario por infracción procesal el debate sobre las cuestiones

La Sala Primera del Tribunal Supremo estima el recurso de casación, trayendo a colación varias Sentencias de la misma, denominando como doctrina reiterada y constante de la sala, la calificación de la denominada cláusula «claim made» como cláusula limitativa así como la exigencia de transparencia contractual que impone la necesidad de que, en los seguros colectivos, el asegurador ponga en conocimiento, no sólo del tomador sino también del asegurado, las cláusulas limitativas con los requisitos del art. 3 LCS

de fondo..., que corresponden al ámbito del recurso de casación. Es decir, la motivación debe ajustarse a las reglas de la lógica y de la razón se refiere a la exposición argumentativa del tribunal y no a si es lógica la interpretación jurídica, ni la conclusión de este orden extraída, efectuadas por la resolución recurrida, pues se trata de cuestiones de fondo propias del recurso de casación.

Estudiando, como motivo del **recurso de casación**, la infracción del art. 73 LCS, en relación con el art. 3 LCS, en los supuestos de seguros colectivos. Concretamente, en un seguro colectivo suscrito por el Colegio de la Abogacía, habiéndose considerado por parte de la Audiencia Provincial de Barcelona que el siniestro quedaba fuera de cobertura por apli-

COMENTARIO

cación de la **cláusula «claim made» de delimitación temporal de cobertura**, de modo que sólo quedan cubiertos los siniestros que se hayan reclamado durante la vigencia de la póliza. Entendiendo que la póliza venció cuando la asegurada (colegiada) cursó baja en su condición de abogada en el ICAB, de manera que, la cláusula «claim made» recogida en la póliza respetaba los requisitos del art. 3 LCS, al aparecer destacada de modo especial con marca gráfica en negrita y haber sido aceptada por el tomador (Colegio).

La Sala Primera del Tribunal Supremo estima el recurso de casación, trayendo a colación varias Sentencias de la misma, denominando como doctrina reiterada y constante de la sala, la calificación de la denominada cláusula «claim made» como **cláusula limitativa** así como la **exigencia de transparencia contractual** que impone la necesidad de que, en los seguros colectivos, **el asegurador ponga en conocimiento, no sólo del tomador sino también del asegurado, las cláusulas limitativas con los requisitos del art. 3 LCS**. Por tanto, para que dichas cláusulas limitativas sean válidas y oponibles, el asegurador ha de redactarlas con la claridad y el énfasis exigidos por la norma y ha de recabar su aceptación



especial también por el asegurado (en este caso todos los colegiados), para lo cual resulta instrumento idóneo la solicitud de adhesión prevista para este tipo de seguros.

En consecuencia, considera que la sentencia recurrida infringe la jurisprudencia de la sala pues, si bien el tomador del seguro (el ICAB) aceptó de forma expresa la cláusula limitativa «claim made» que es objeto de debate y ésta aparece destacada de forma específica en la póliza del seguro de responsabilidad civil profesional, no consta la existencia de boletín de adhesión de la colegiada asegurada ni la expedición de certificado individual en los que se informara a dicha asegurada de las condiciones del contrato, obligación que se recoge en el artículo 122.4 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Así mismo, estima otro motivo de recurso de casación, condenando a la aseguradora al abono de los **intereses del artículo 20 de la LCS**.

Es doctrina de esta sala que los intereses del art. 20 LCS tienen un carácter marcadamente sancionador. Por tanto, se impone una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del deber de indemnizar, con la finalidad de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados. En congruencia con ello, se ha determinado que sólo concurre la causa justificada del art. 20.8º LCS en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una

La Sala no entra a valorar si tiene cobertura la actuación dolosa de la asegurada puesto que la Audiencia Provincial declaró que no es oponible a la perjudicada, extremo no impugnado por la aseguradora. Lo cual es una pena.

situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar: esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura.

La mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 LCS, pues en tal caso su juego normativo quedaría subordinado a la formalización de su oposición por parte de las compañías aseguradoras, que tendrían en sus manos demorar las liquidaciones de los siniestros y evitar la aplicación de los referidos intereses. Por ello, es necesario que la judicialización, excluyente de la mora, se encuentre fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la aseguradora a hacer honor al compromiso contractualmente asumido.

En el caso juzgado, la Sala considera que la perjudicada ejercitó la acción directa contra la aseguradora por los graves daños y perjuicios causados por la actuación de la abogada, asegurada en la póliza colectiva contratada por el ICAB. Conociendo la Compañía de Seguros la existencia de los dos siniestros, no abonando a la perjudicada ninguna indemnización, alegando, respecto del primer siniestro, la actuación dolosa de la asegurada, lo cual resulta inoponible ante la perjudicada; y, además, una cláusula limitativa de los derechos de la asegurada («claim made»), sin que conste la existencia de boletín de adhesión de la asegurada ni la expedición de certificado individual por la aseguradora, en los que se informara a dicha asegurada de las condiciones del contrato. Por ello, no cabe considerar que concurra causa justificada que pudiera evitar la imposición de los intereses moratorios del artículo 20 LCS, a los que debe ser condenada.

La Sala no entra a valorar si tiene cobertura la actuación dolosa de la asegurada puesto que la Audiencia Provincial declaró que no es oponible a la perjudicada, extremo no impugnado por la aseguradora. Lo cual es una pena.

De la misma manera que no entra al estudio de la definición de asegurado, a fin de aplicar la cláusula «claim made», si han de ser los abogados colegiados ejercientes en el ICAB y que tengan tal condición en el momento del siniestro, o si debe de incluir también a los asegurados que, durante la vigencia de la póliza, cesen en su actividad o causen baja por invalidez permanente y total, jubilación, excedencia para el ejercicio de cargo público o fallecimiento, siendo ampliado posteriormente el ámbito subjetivo a los casos de cese de actividad o baja por enfermedad grave, cese temporal o definitivo de actividad del abogado asegurado adoptado por la junta de gobierno por la aplicación de medidas cautelares, sanción disciplinaria o cambio de la situación de ejerciente a no ejerciente del colegiado. Toda vez que estimó que es una cláusula limitativa sin constar debidamente aceptada por la asegurada.



jurisprudencia

Tribunal Supremo

RESPONSABILIDAD CIVIL

El Tribunal Supremo estima el recurso de los demandantes y aclara que, especialmente en daños complejos como los neurológicos, el cómputo de la prescripción debe ser restrictivo, por lo que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad civil médica debe situarse en la fecha del diagnóstico firme y no cuando existen meras sospechas o juicios clínicos provisionales

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª)
de 10 de febrero de 2026

Ponente: Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes*

1.- D. Epifanio y D.ª Melisa, actuando en su propio nombre y en representación de su hija menor, Sagrario, interpusieron una demanda en la que ejercitaron una acción de condena al resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos por esta, afectada de DIRECCION000, así como de los padecidos por ellos mismos, con fundamento en la mala praxis médica y en la falta de información durante el parto gemelar pretérmino que tuvo lugar en el DIRECCION001 de Sevilla el 23 de marzo de 2005. Dicho parto ya había dado lugar, en el año 2011, a una condena al Servicio Andaluz de Salud por las graves secuelas ocasionadas entonces a la segunda gemela, que hoy es gran parálitica cerebral.

La demanda, dirigida contra la aseguradora del Servicio Andaluz de Salud en el momento de los hechos, Zurich España Insurance PLC, contiene reserva para la posterior liquidación de los daños conforme al art. 219.3 LEC. En ella se expone que hasta el año 2013 no se inició un estudio neurológico de la menor, pues hasta ese momento sus problemas de deambulación se habían atribuido a cuestiones de podología.

Los demandantes alegan que el 1 de marzo de 2013, en la hoja de interconsulta, se hace referencia a que se trata de una niña de ocho años, procedente de un parto gemelar con sufrimiento fetal, con un cuadro compatible con hemiparesia izquierda previamente no diagnosticada. Afirman que fue en ese momento cuando empezaron a sospechar que el problema de la menor no era de podología, sino neuronal, lo que motivó el primer contacto con la aseguradora demandada el 12 de junio de 2013, «cuando aun ignoraban donde conduciría esa primera toma de contacto con neuropediatría (sic)». Añaden que, en el año 2016, a la sospecha de hemiparesia izquierda que afecta a la marcha de la menor, se sumó un retraso cognitivo de nueva aparición el 10 de marzo de ese año, igualmente vinculado al sufrimiento fetal, y que finalmente el 30 de enero de 2017 se dictó una resolución -notificada el 16 de febrero siguiente- por la que se reconoció a la menor un grado de discapacidad del 40%.

2.- La aseguradora demandada se opuso. Alegó, en primer lugar, la falta de legitimación pasiva, invocando la cláusula de delimitación temporal de la póliza, según la cual el siniestro no estaría cubierto a la fecha de la reclamación; en segundo lugar, la prescripción de la acción por haber transcurrido más de un año desde que pudo ejercitarse; y, finalmente, negó la existencia de mala praxis y de relación causal entre el parto y la DIRECCION000, que atribuye exclusivamente a la prematuridad de la menor.

3.- La sentencia de primera instancia desestimó la excepción de falta de legitimación pasiva al entender que, aunque la demandada invocaba la cláusula de delimitación temporal del riesgo (*claims made*) prevista en el contrato de seguro suscrito con el Servicio Andaluz de Salud, dicha cláusula no cumplía los requisitos del art. 3 ni se ajustaba a lo dispuesto en el art. 73, ambos de la LCS. El juzgado consideró que no constaba su aceptación expresa por el asegurado -existiendo únicamente una referencia genérica a la aceptación de cláusulas limitativas- y que tampoco se ajustaba, «en cuanto a la recla-

mación de autos, al contenido imperativo del artículo 73 LCS».

Señaló, en este sentido, que no se había discutido la producción del siniestro «durante la vigencia del primero de los contratos de seguro para el ejercicio 2005», sino únicamente «que su reclamación no se produzca en el período de vigencia de la póliza», añadiendo que, «[a]un no considerando que la reclamación el 12 de junio de 2013 llene los requisitos legales a los efectos de entender producida la reclamación efectiva de los daños hoy reclamado (sic) [...], la reclamación producida en el mes de junio de 2017 no puede producir la exclusión de la responsabilidad, pues por ley la misma sólo puede ocurrir un año después de extinguida la última de las prórrogas del contrato [el contrato tuvo dos prórrogas “la primera de fecha 12/12/2015 con duración hasta el 13/12/2016 y la segunda desde esta fecha hasta el 12 de marzo de 2017”]».

No obstante, el juzgado desestimó la demanda al apreciar la prescripción de la acción ejercitada, al considerar aplicable y transcurrido el plazo de un año previsto tanto en el art. 67 LPAC como en los arts. 1902 y 1968 CC, conforme a la doctrina de la *actio nata*.

Entendió que la lesión sufrida por la menor (DIRECCION000) tenía carácter permanente o estático, y no progresivo, de modo que el cómputo del plazo debía iniciarse cuando los perjudicados tuvieron un conocimiento razonable del daño y de su alcance, y no cuando la enfermedad fue calificada definitivamente como DIRECCION000.

Expuso que de la historia clínica y de los informes periciales resultaba que desde marzo de 2016 los progenitores conocían la existencia y la extensión esencial del daño -la DIRECCION000 espástica izquierda leve, los trastornos cognitivos y de atención, y las dificultades de aprendizaje-, constando además el reconocimiento administrativo de un grado de discapacidad en junio de 2016 con ese mismo diagnóstico.

Aunque el informe médico de enero de 2018 eliminó el término «probable», el juzgado entendió que ya en marzo de 2016 el daño estaba suficientemente determinado y que no se produjo posteriormente ninguna evolución que alterara su naturaleza ni su alcance.

La primera reclamación extrajudicial frente a la aseguradora se formuló el 12 de junio de 2017, más de un año después de que la acción

podiera ejercitarse, sin que la comunicación de 12 de junio de 2013 pudiera considerarse una reclamación válida a efectos interruptivos.

4.- La sentencia de segunda instancia desestima el recurso de apelación interpuesto por los demandantes y la impugnación de la sentencia apelada formulada por la aseguradora demandada, confirmando íntegramente la resolución recurrida.

La Audiencia Provincial examina en primer lugar la impugnación de la aseguradora demandada, que rechaza al considerar que «la tesis sobre la naturaleza inmune de la póliza no fue realmente desarrollada en la contestación a la demanda, y la parte actora tenía derecho a refutar este punto de su resistencia procesal».

A continuación, aborda el recurso de apelación de los demandantes y confirma la prescripción de la acción, al entender que estos conocieron el resultado lesivo «desde al menos marzo de 2016», expresión que -según la Audiencia Provincial- no implica indefinición, sino la convicción judicial de que esa fecha refleja con certeza el conocimiento del daño, e incluso que

este pudo ser anterior, conforme a la historia clínica de la menor.

Añade que, aunque la resolución administrativa es de diciembre de 2017, fija la graduación de la lesión a 27 de junio de 2016, y, además, no puede servir para determinar el inicio del cómputo del plazo de prescripción, por carecer de valor jurídico a tal efecto.

Del examen de la historia clínica concluye que la DIRECCION000 de la menor era conocida con certeza médica suficiente desde 2013, pese a las cautelas propias del lenguaje clínico, y que el daño tenía carácter permanente y no progresivo. Finalmente, la Audiencia Provincial destaca que los recurrentes no impugnan de forma directa el hecho probado relativo al conocimiento del daño «al menos» desde esa fecha, limitándose a insistir en su carácter probable. Sin embargo, tanto la sentencia de instancia como la de apelación consideran el daño cierto y cuantificable.

La resolución ha sido impugnada por ambas partes, que interpusieron sendos recursos extraordinarios por infracción procesal y casación, los cuales han sido admitidos.



SEGUNDO. *Contenido de los recursos***1.** De los demandantes.

1.1 Recurso por infracción procesal. Se basa en un motivo único en el que se denuncia, al amparo del art. 469.1.4.º LEC, la infracción del art. 24 CE por error patente en la valoración de la prueba.

Los recurrentes alegan que la Audiencia Provincial ha privado a la resolución administrativa de 30 de enero de 2017 de la fuerza probatoria que le corresponde para fijar el *dies a quo* de la prescripción, otorgando, en cambio, valor absoluto a un documento -el informe del servicio de neurología de 3 de marzo de 2016- en el que ni siquiera figura un diagnóstico, sino, literalmente, una «sospecha» que no se confirmó hasta enero de 2018, cuando desapareció definitivamente el término «probable» que hasta entonces se había consignado de forma reiterada en las hojas de evolución que figuran en la historia clínica de la menor.

1.2 Recurso de casación. El recurso de casación se basa también en un motivo único en el que se denuncia la infracción de los arts. 1968.2 y 1969 en relación con el art. 1902, todos del CC, así como la vulneración de la doctrina jurisprudencial «sobre la determinación del *dies a quo* como aquel en que queda determinada la incapacidad o defectos permanentes originados (STS 10 de Junio de 2.020; SSTs 19 de julio de 2013; STS. Sala 1. 819/2012, de 9 de enero; 15 de octubre 2009; 19 de julio 2013; 3 de Marzo de 2.015, entre otras) -sic-».

Los recurrentes alegan que «cuando existe una resolución de incapacidad administrativa, el día inicial del cómputo será la fecha de la resolución firme que marca el grado de discapacidad» y que «[d]e hecho la secuela/diagnostico (sic) de DIRECCION000 », siempre ira (sic) precedida del adjetivo “probable” o “sospecha”, hasta el 23 de enero de 2018 [...], que tras muchos estudios se disipa la duda, y se consigna sin dudas que la niña tenía (sic) una PCI, y no otra cosa. Lo que explica que se entable la acción el 16 de febrero de 2018 (fecha de interposición de la demanda), y no antes, dado que hasta el 2017, igualmente no se tiene una resolución del 40% del grado de discapacidad. Ítem mas (sic), al no estar absolutamente definidas las secuelas, se formuló un procedimiento sin cuantía, dejando para otro posterior, la cuantificación de las lesiones, pues al día de la fecha, siguen siendo objeto de estudio por los especialistas, debi-

do a la complejidad de las secuelas y lo tardío de su aparición».

2. De la aseguradora demandada.

2.1 Recurso por infracción procesal. Se basa en un motivo único en el que se denuncia, al amparo del art. 469.1.2.º LEC, la infracción de los arts. 216 y 218 LEC al confirmar la resolución impugnada «la desestimación de la falta de legitimación pasiva de mi mandante por falta de cobertura temporal por considerar erróneamente que esta excepción no fue “desarrollada realmente” en la contestación a la demanda».

La recurrente precisa que el objeto del recurso «no es la desestimación de la excepción de falta de legitimación pasiva por la sentencia de apelación, sino la decisión del tribunal de no entrar a conocer de los puntos y cuestiones discutidos en el ámbito del recurso de apelación e impugnación de la sentencia por una consideración errónea de que estos no habían sido temporáneamente alegados -o “realmente desarrollados”- al contestar a la demanda» cuando «[s]í que lo fueron».

2.2 Recurso de casación. Se formula «por infracción de la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo relativa a los seguros de grandes riesgos y la inaplicación a los mismos del art. 2 de la Ley de Contratos de Seguro [...], con respecto a la imperatividad de los preceptos de dicha Ley, de conformidad con el art. 44 párr. 2 de la Ley del Contrato de Seguro. Se citan como sentencias infringidas 545/2020 dictada por la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 2020, en el recurso de casación 39/2018 y 117/2019 dictada por la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2019, dictada en el recurso de casación 3792/2015».

La recurrente sostiene que la sentencia impugnada incurre en una infracción evidente al desestimar la excepción de falta de legitimación pasiva por considerar aplicables los requisitos del art. 3 y lo previsto en el art. 73, ambos de la LCS. Alega que, tratándose de una póliza de grandes riesgos, es de aplicación el art. 44, párrafo segundo, de la LCS, que excluye la aplicación de los arts. 2 y 3 de dicha ley y, en consecuencia, también la del párrafo segundo del art. 73.

TERCERO. *Orden de examen: prioridad de los recursos interpuestos por la aseguradora demandada*

Procede examinar en primer lugar los recursos interpuestos por la aseguradora demanda-

da -que en el de casación reitera la falta de legitimación pasiva por inexistencia de cobertura de la póliza, cuestión a la que se halla estrechamente vinculado el recurso por infracción procesal-, puesto que su resolución condiciona la necesidad misma de entrar a conocer de los recursos formulados por los demandantes dirigidos a combatir el pronunciamiento que apreció la prescripción de la acción.

En efecto, la cuestión relativa a la falta de legitimación pasiva de la aseguradora tiene carácter lógico y sistemáticamente previo, en la medida en que afecta a la propia posibilidad de dirigir la acción frente a dicha demandada, dado que su apreciación excluiría la necesidad de entrar a conocer sobre la prescripción de una acción que la aseguradora demandada no estaría legitimada para soportar.

CUARTO. *Desestimación de los recursos interpuestos por la aseguradora demandada por falta de efecto útil*

En la sentencia 429/2013, de 11 de junio, citada por muchas otras, las más recientes, la 1137/2025, de 15 de julio, y la 1740/2025, de 28 de noviembre, declaramos que:

«En aplicación de la doctrina de la equivalencia de resultados o falta de efecto útil del recurso viene declarando esta Sala (...) que no puede surtir efecto un motivo que no determine una alteración del fallo recurrido pues el recurso no procede cuando la eventual aceptación de la tesis jurídica del recurrente conduce a la misma solución contenida en la sentencia recurrida (SSTS de 7 de abril de 1995, RC n.º 431/1992, 15 de junio de 2006, RC n.º 4145/1999, 26 de diciembre de 2006, RC n.º 468/2000, 29 de noviembre de 2007, RC n.º 3929/2000, 28 de marzo de 2011, RC n.º 191/2008, 29 de marzo de 2011, RC n.º 2255/2007), incluso cuando no es correcta la doctrina seguida por la sentencia impugnada si la estimación del recurso no produce una modificación del fallo (STS de 2 de junio de 2008, RC n.º 2522/2001). Este es el fundamento de la doctrina de la equivalencia de resultados o falta de efecto útil del recurso, que esta Sala ha aplicado con reiteración y que lleva a la desestimación del recurso cuando la parte dispositiva de la sentencia, apoyada en una argumentación no aceptable jurídicamente, resulta, sin embargo, procedente conforme a fundamentos distintos que podrían haber sido utilizados para decidir la cuestión (STS de 20 de febrero de 2007, RC n.º 3609/1999). Conforme a este criterio no procede acoger el recurso cuando, pese al fundamento de alguno de los moti-

vos que lo sustentan, el fallo deba ser mantenido con otros argumentos (SSTS de 11 de octubre de 2006, RC n.º 4490/1999, 10 de diciembre de 2008, RC n.º 2901/2003, 3 de junio de 2009, RC n.º 1389/2006)».

La eventual estimación de los recursos extraordinarios formulados por la aseguradora demandada conduciría a que, una vez apreciada la incongruencia omisiva y la inaplicabilidad de los arts. 3 y 73 LCS por tratarse de una póliza de grandes riesgos, hubiera de examinarse si el siniestro se encontraba o no cubierto en la fecha de la reclamación conforme a la cláusula de delimitación temporal de la póliza. Ahora bien, como se expondrá seguidamente, dicho examen conduce igualmente a afirmar la existencia de cobertura, lo que priva a tales recursos de efecto útil para alterar el fallo de la sentencia impugnada y determina su desestimación.

A tal efecto, debe partirse de que no se discute que el hecho que se alega por los demandantes como generador del daño -la mala praxis médica y falta de información durante el parto gemelar pretérmino que tuvo lugar en el DIRECCION001 de Sevilla el 23 de marzo de 2005- se produjo dentro del período de retroactividad expresamente contemplado en la póliza -período comprendido entre las 23:59 h del día 30 de diciembre de 1993 y hasta las 24 horas del día 12 de diciembre de 2009-. La controversia se circunscribe, por tanto, a determinar si la reclamación fue formulada a la aseguradora dentro del ámbito temporal previsto en la cláusula *claims made*.

La póliza, calificada como de grandes riesgos, circunscribe la cobertura a las reclamaciones dirigidas al asegurador durante su vigencia, sin establecer exigencias formales específicas respecto de su contenido, más allá de que permitan identificar la existencia de un daño imputado al riesgo asegurado y la voluntad de exigir responsabilidad por él -«la cobertura del contrato de seguro de responsabilidad de esta sección se circunscribe a amparar las reclamaciones que se formulen al asegurador desde las 0:00 h del día 13 de diciembre de 2009 y hasta las 24 horas del día 12 de diciembre de 2012 por errores omisiones o actos negligentes acaecidos durante dichos períodos o durante el período comprendido entre las 23:59 h del día 30 de diciembre de 1993 y hasta las 24 horas del día 12 de diciembre de 2009»-.

En este contexto, la comunicación remitida a la aseguradora demandada en el año 2013 por los demandantes, en la que literalmente expo-

nen que ponen «en su conocimiento las secuelas y el daño sufrido por nuestra hija, Sagrario», como consecuencia de la asistencia prestada en un hospital de Sevilla, dependiente del SAS asegurado por su compañía», y califica expresamente la misiva como «reclamación extrajudicial por el daño ocasionado», y expresando que esperan «se pongan en contacto con quien suscribe una vez puesto en su conocimiento el siniestro», constituye una reclamación a los efectos de la cláusula de delimitación temporal del riesgo.

Es cierto que dicha comunicación no contiene una descripción detallada de la causa concreta del daño y su naturaleza, ni una cuantificación de este. Sin embargo, esa insuficiencia no puede conducir a negar su eficacia como reclamación cuando cumple la función esencial que es propia de este tipo de cláusulas: poner en conocimiento del asegurador la existencia de un daño por el que se anuncia una exigencia de responsabilidad dentro del período de vigencia de la póliza.

Esta conclusión se ve reforzada por varias circunstancias relevantes.

En primer lugar, la aseguradora demandada no negó en la contestación a la demanda la recepción de dicha comunicación, limitándose a sostener que no podía ser considerada una reclamación eficaz por su carácter genérico e indeterminado. La comunicación debe valorarse, sin embargo, atendiendo a que, con los elementos de que ya disponía y aplicando la diligencia razonablemente exigible conforme a las reglas de la buena fe, la aseguradora demandada podía identificar el riesgo y el hecho generador del daño al que aquella se refería. No puede obviarse que se trataba de un parto gemelar respecto del cual ya se había seguido un procedimiento judicial previo por los daños sufridos por la hermana gemela, que concluyó con condena al mismo servicio de salud asegurado y a la propia aseguradora, lo que permitía vincular sin especial dificultad la comunicación recibida con un episodio asistencial concreto, previamente conocido y ya judicializado, excluyendo que la falta de mayor precisión formal pudiera impedir su consideración como reclamación eficaz.

Además, en materia de seguro rige el principio de máxima buena fe (*uberrima fides*), lo que exige actuar y comportarse de forma leal, transparente y diligente. Desde esta perspectiva, no resulta compatible con dicho principio que el asegurador, ante una comunicación que razonablemente anuncia una reclamación por

responsabilidad civil sanitaria, permanezca en silencio sin solicitar aclaraciones o información adicional y, posteriormente, pretenda negar la existencia de cobertura por la insuficiencia formal de esa misma comunicación.

Finalmente, aun cuando el art. 16 LCS no resulte aplicable en sentido estricto al presente caso, por dirigirse a las obligaciones de comunicación del tomador o asegurado y no del perjudicado, constituye un criterio material relevante para valorar la eficacia de la comunicación de la reclamación. Dicho precepto establece que la insuficiencia de información solo puede privar del derecho a la indemnización cuando concurre dolo o culpa grave, circunstancias que no han sido alegadas ni acreditadas y que, a la vista del contenido y del contexto de la comunicación, no cabe apreciar en el presente caso.

En tales circunstancias, la falta de mayor precisión formal de la comunicación no puede erigirse en obstáculo para su consideración como reclamación a los efectos de la cláusula de delimitación temporal del riesgo.

De todo ello se sigue que la reclamación a dichos efectos debe considerarse formulada en el año 2013, dentro del período de vigencia de la póliza, por lo que el siniestro se encontraba cubierto conforme a la cláusula de delimitación temporal pactada.

En consecuencia, aun cuando se corrigiera la fundamentación jurídica de la sentencia recurrida en los extremos denunciados por la recurrente, el fallo habría de ser necesariamente el mismo, lo que confirma la falta de efecto útil de los recursos interpuestos y determina su desestimación, con la consiguiente desestimación de la impugnación formulada contra la resolución apelada.

QUINTO. *Causas de inadmisión de los recursos interpuestos por los demandantes alegadas por la aseguradora demandada. Desestimación de las causas referidas al recurso de casación y apreciación de causa en relación con el recurso extraordinario por infracción procesal.*

1. La aseguradora demandada alega causas de inadmisión tanto del recurso de casación como del recurso extraordinario por infracción procesal interpuestos por los demandantes.

En relación con el recurso de casación, sostiene: (i) que la norma aplicable no es la que se cita como infringida (arts. 1968.2 y 1969 en relación con el art. 1902, todos del CC), sino el art.

67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, al tratarse de una acción dirigida contra la aseguradora de la Administración; (ii) que los recurrentes discuten en realidad la valoración de la prueba efectuada en las sentencias de instancia; y (iii) que en el motivo se mezclan cuestiones heterogéneas relativas al alcance de la resolución administrativa de discapacidad, la naturaleza del daño, la fecha de estabilización de las secuelas y la interpretación de la historia clínica.

En cuanto al recurso extraordinario por infracción procesal, alega: (i) que se plantea como error en la valoración de la prueba lo que en realidad es una discrepancia jurídica sobre el valor de la resolución administrativa de discapacidad a efectos del *dies a quo*; (ii) que se acumulan en un mismo motivo dos errores distintos, referidos, respectivamente, a la citada resolución administrativa y al conocimiento del diagnóstico de DIRECCION000 ; y (iii) que el pretendido error no es patente, evidente ni inmediatamente verificable a partir de las actuaciones.

2. Las causas de inadmisión opuestas al recurso de casación deben desestimarse: (i) porque la acción ejercitada no se funda en la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino en la responsabilidad civil profesional, también asegurada en la póliza litigiosa; (ii) porque el motivo de casación no impugna la valoración de la prueba ni pretende alterar los hechos probados ni introduce cuestiones heterogéneas, sino que cuestiona el criterio jurídico seguido por la Audiencia Provincial para fijar el *dies a quo* del plazo de prescripción, cuestión revisable en casación atendida la dimensión jurídica propia del instituto de la prescripción; y (iii) porque es doctrina reiterada de esta Sala que, a efectos de admisibilidad, resulta suficiente la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición razonada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso, partiendo del respeto a los hechos probados, requisitos que concurren en este caso, en el que se suscita una cuestión de valoración jurídica y concurre, además, el interés casacional ya apreciado en el trámite de admisión.

3. El recurso extraordinario por infracción procesal, en cambio, incurre en causa de inadmisión. La queja que formulan los recurrentes no se incardina en el concepto de error patente en la valoración de la prueba del art. 469.1.4.º LEC. La Audiencia Provincial no incurre en un

error fáctico evidente ni atribuye a los documentos un contenido distinto del que objetivamente tienen, ni desconoce ni tergiversa el contenido de la resolución administrativa de 2017 ni del informe del servicio de neurología de 2016, que asume expresamente. La discrepancia de los recurrentes no se proyecta, por tanto, sobre la existencia, autenticidad o contenido de tales documentos.

La cuestión planteada no es, en consecuencia, de naturaleza fáctica, sino estrictamente jurídica, pues lo que se discute es si lo reflejado en un informe clínico en términos de sospecha o probabilidad puede considerarse suficiente para fijar el inicio del cómputo de la prescripción o si, por el contrario, dicho momento debe diferirse hasta la confirmación diagnóstica posterior, producida en enero de 2018, cuando desaparecen tales expresiones, o, en su caso, hasta la resolución administrativa de 30 de enero de 2017. Este juicio no puede resolverse mediante la mera constatación objetiva del contenido de la prueba, sino que exige una operación de calificación jurídica conforme a la doctrina jurisprudencial sobre el *dies a quo*, ajena al ámbito propio del recurso extraordinario por infracción procesal.

En definitiva, como señalamos en la sentencia 123/2022, de 16 de febrero, y recordamos en la 76/2025, de 14 de enero:

«No cabe confundir la revisión de la valoración de la prueba, que se refiere a la fijación o determinación de los hechos, con la revisión de las valoraciones jurídicas extraídas de los hechos considerados probados. Ambas cuestiones se refieren a ámbitos diferentes, fácticos y jurídicos, respectivamente. En el recurso extraordinario por infracción procesal, la primera revisión es posible, en los términos excepcionales antes indicados [existencia de un error patente, o bien por la concreta infracción de una norma tasada de valoración probatoria, y siempre que, por resultar manifiestamente arbitraria o ilógica no supere el test de la racionalidad exigible para respetar el derecho a la tutela judicial efectiva reconocido en el art. 24 de la Constitución]; mientras que la segunda es jurídica y deberá ser impugnada, en su caso, en el recurso de casación, si con tal valoración se infringe la normativa legal reguladora de la materia y su interpretación jurisprudencial».

Concurre, por tanto, causa de inadmisión que en esta sentencia debe apreciarse como causa de desestimación, sin que sea óbice que el recurso fuera inicialmente admitido a trámite,

dado el carácter provisional de dicha admisión, sujeta a un examen definitivo en la sentencia (por todas, sentencia 1330/2025, de 30 de septiembre).

SEXTO. *Estimación del recurso de casación interpuesto por los demandantes*

1. El recurso de casación debe estimarse por lo que se expone a continuación.

Conforme a la doctrina jurisprudencial de esta Sala (sentencia 92/2021, de 22 de febrero, citada por la 17/2024, de 9 de enero):

«El día inicial para el ejercicio de la acción (art. 1969 CC) es, aquel en que puede ejercitarse, según el principio *actio nondum nata non praescribitur* [la acción que todavía no ha nacido no puede prescribir] (sentencias 340/2010, de 24 de mayo; 896/2011, de 12 de diciembre; 535/2012, de 13 de septiembre; 480/2013, de 19 de julio; 6/2015, de 13 de enero; 279/2020, de 10 de junio y 326/2020, de 22 de junio). Este principio exige, para que comience a correr la prescripción en su contra, que la parte que propone el ejercicio de la acción disponga de los elementos fácticos y jurídicos idóneos para fundar una situación de aptitud plena para litigar».

Ello determina que la constancia de las secuelas resultantes conforma un elemento básico para el ejercicio de la acción indemnizatoria, lo que exige que el perjudicado tenga un conocimiento preciso de la entidad de los perjuicios sufridos (sentencias 480/2013, de 19 de julio; 326/2019, de 6 de junio; 279/2020, de 10 de junio; y 584/2025, de 21 de abril).

Este criterio resulta particularmente relevante en supuestos de lesiones neurológicas en menores de edad, en los que la ciencia médica reconoce que la determinación del alcance, gravedad y consecuencias funcionales del daño puede dilatarse en el tiempo, al encontrarse condicionado por el propio desarrollo evolutivo del menor (sentencia 562/2025, de 9 de abril). En tales casos, la estabilización de las lesiones no puede darse mientras subsista una evolución clínica relevante o no se haya alcanzado una definición suficiente de las secuelas.

En el presente caso, si bien desde fechas tempranas se formularon sospechas diagnósticas de DIRECCION000, lo cierto es que, durante un prolongado periodo, el juicio clínico se mantuvo de forma reiterada bajo las expresiones «posible», «probable» o «sospecha», sin que

el diagnóstico quedara afirmado sin reservas hasta la consulta de 23 de enero de 2018, en la que desaparece definitivamente el carácter hipotético con el que hasta entonces se había expresado en la documentación médica. Este dato no puede considerarse irrelevante, pues evidencia que hasta entonces no existía una certeza diagnóstica plena sobre la naturaleza definitiva de la lesión, ni sobre su encuadre clínico definitivo.

A ello se añade que los informes médicos y psicopedagógicos posteriores ponen de manifiesto la progresiva exteriorización de dificultades cognitivas, de atención y de aprendizaje, cuya entidad y repercusión funcional no podía valorarse de forma completa en 2016, lo que refuerza la conclusión de que el daño no se encontraba aún plenamente determinado en ese momento.

De acuerdo con la doctrina de esta Sala, el principio *actio nondum nata non praescribitur* impide que comience a correr el plazo de prescripción mientras el perjudicado no pueda conocer de manera suficiente el daño real sufrido, por causas no imputables a su conducta (sentencias 340/2010, de 24 de mayo; 535/2012, de 13 de septiembre; y 279/2020, de 10 de junio). Este principio cobra especial intensidad en un supuesto como el presente, en el que concurren la minoría de edad de la lesionada y una patología neurológica objeto de prolongado seguimiento y carente hasta un determinado momento de certeza diagnóstica.

Asimismo, debe recordarse que la prescripción de acciones ha de ser aplicada de forma restrictiva y con especial cautela, dada su conexión con el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva en su vertiente de acceso a la jurisdicción (sentencias 623/2016, de 20 de octubre; y 721/2016, de 5 de diciembre). En este marco, corresponde a la parte que opone la prescripción acreditar de forma clara y concluyente el momento en que la acción pudo ejercitarse, de modo que las dudas sobre la determinación del *dies a quo* deben resolverse en perjuicio del perjudicado (sentencias 1139/1993, de 3 de diciembre; 874/1997, de 6 de octubre; 197/2003, de 5 de marzo; y 876/2025, de 2 de junio).

Aplicando estos criterios al caso, no puede afirmarse que el inicio del plazo de prescripción pueda situarse antes de enero de 2018, momento en el que el diagnóstico de DIRECCION000 quedó definitivamente afirmado sin reservas.



Incluso aunque se admitiera que la resolución administrativa de reconocimiento de discapacidad, dictada en enero de 2017 con efectos desde el 27 de junio de 2016, pudiera tomarse como referencia para fijar el *dies a quo* del plazo de prescripción, lo que esta Sala ha admitido en determinados supuestos -como afirma la sentencia 876/2025, de 2 de junio «incluso, se ha llegado a reconocer, como día inicial del plazo del cómputo de la prescripción, la expedición de las certificaciones de incapacidad o grados de invalidez expedidas por las administraciones públicas competentes, en tanto en cuanto pueden influir en la cuantificación de la indemnización procedente»-, la acción ejercitada tampoco estaría prescrita. En efecto, incluso situando

el inicio del cómputo en la fecha de efectos de dicha resolución, ello tampoco conduciría a la prescripción de la acción, pues el plazo anual habría quedado interrumpido por la reclamación extrajudicial efectuada el 12 de junio de 2017.

Por lo tanto, la acción ejercitada debe considerarse no prescrita, y el recurso de casación de los demandantes debe estimarse, devolviendo las actuaciones al tribunal sentenciador para que dicte nueva sentencia en la que, no pudiendo tener ya por prescrita la acción, se pronuncie sobre las demás cuestiones planteadas en el recurso de apelación y que no han sido analizadas (sentencia 1595/2025, de 11 de noviembre).

SÉPTIMO. Costas y depósitos

1. Las costas de los recursos por infracción procesal y casación interpuestos por Zurich España Insurance PLC se imponen a esta, con pérdida de los depósitos para recurrir (arts. 398.1 y 394.1 LEC y disposición adicional 15.ª, apartado 9.ª, LOPJ, respectivamente).

2. Las costas del recurso por infracción procesal interpuesto por D. Epifanio y Dña. Melisa se imponen a estos, con pérdida del depósito para recurrir (arts. 398.1 y 394.1 LEC y disposición adicional 15.ª, apartado 9.ª, LOPJ, respectivamente), y en las del recurso de casación no se condena a ninguno de los litigantes, con devolución del depósito para recurrir (arts. 398.2 y disposición adicional 15.ª, apartado 8.ª, LOPJ, respectivamente).

3. En las costas del recurso de apelación interpuesto por D. Epifanio y Dña. Melisa no se condena a ninguno de los litigantes, con devolución del depósito para recurrir (arts. 398.2 y disposición adicional 15.ª, apartado 8.ª, LOPJ, respectivamente).

Las costas de la impugnación de la resolución apelada formulada por Zurich España Insurance PLC se imponen a esta (arts. 398.1 y 394.1 LEC).

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1º.- Desestimar el recurso por infracción procesal y estimar el recurso de casación interpuestos por D. Epifanio y Dña. Melisa contra la sentencia dictada por la Sección Octava de la Audiencia Provincial de Sevilla, con el n.º 32/21, el 25 de enero de 2021, en el Recurso de Apelación n.º 1594/20-B5, imponiéndoles las costas del recurso por infracción procesal, con pérdida del depósito constituido para interponerlo, y sin condena a ninguno de los litigantes en las costas del recurso de casación, con devolución del depósito constituido para interponerlo.

2º.- Desestimar los recursos por infracción procesal y casación interpuestos por Zurich España Insurance PLC contra la anterior sentencia, así como la impugnación que formuló contra la resolución apelada, imponiéndole las costas de dichos recursos e impugnación, con pérdida de los depósitos constituidos para recurrir.

3º.- Devolver las actuaciones al referido tribunal de apelación para que, desestimada la prescripción, dicte nueva sentencia pronunciándose sobre las demás cuestiones planteadas en el recurso de apelación y que no han sido analizadas.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de sala. Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

Por **Xavier Coca Verdaguer***Abogado**Vocal de la AEAERCYS en Cataluña*

La STS, aborda dos cuestiones de primer orden en responsabilidad civil sanitaria y seguro de responsabilidad civil profesional. De un lado, precisa el alcance de la doctrina de la *actio nata* en la fijación del *dies a quo* de la prescripción cuando el daño presenta una evolución diagnóstica y funcional prolongada. De otro, afirma una concepción material de la reclamación eficaz en pólizas *claims made* de grandes riesgos, rechazando lecturas excesivamente formalistas de la cobertura temporal. Aunque el supuesto de hecho se refiere a una lesión neurológica infantil, la aportación doctrinal del fallo trasciende ese caso y ofrece una pauta general sobre el conocimiento jurídicamente bastante del daño como presupuesto de la aptitud plena para litigar. La sentencia no sustituye la doctrina clásica de la prescripción, pero sí la refina de forma particularmente valiosa para aquellos supuestos en los que el perjuicio no aparece desde el inicio con una delimitación estable, completa y funcionalmente significativa.

La aportación de la sentencia no consiste en crear una nueva clasificación dogmática cerrada, pero sí en evidenciar que la lógica rígida del daño permanente puede ser insuficiente cuando el conocimiento del perjuicio depende de un proceso clínico evolutivo. Matiza la aplicación de la *actio nata* cuando el dato clínico inicial todavía no permite un conocimiento bastante del daño resarcible.

La tesis de este comentario es que **la STS 182/2026 no abandona la doctrina clásica de la *actio nata*, pero sí la precisa con especial nitidez para los daños de evolución prolongada o de delimitación tardía, en los que no puede hablarse de aptitud plena para litigar mientras el perjudicado no disponga de un conocimiento suficientemente consolidado de la lesión y de su proyección funcional.** La lesión neurológica infantil es aquí el supuesto rector, pero la razón decisoria del fallo es más amplia y proyectable a otros contextos en los que el daño permanece vivo, en evolución o clínicamente no cerrado.

En primera instancia, el juzgado rechazó la excepción de falta de legitimación pasiva, pero desestimó la demanda por entender transcurrido el plazo anual, al considerar que la lesión era permanente o estática y que el conocimiento bastante del daño existía ya, al menos, desde marzo de 2016. La Audiencia confirmó esa solución y el Tribunal Supremo altera sustancialmente el enfoque. Examina primero los recursos de la aseguradora por entender que la cobertura temporal era cuestión lógica y sistemáticamente previa. Sin embargo, los desestima por falta de efecto útil, ya que, incluso aceptando a efectos dialécticos la tesis de Zurich sobre la inaplicabilidad de los arts. 3

y 73 LCS a una póliza de grandes riesgos, el resultado seguiría siendo el mismo: la comunicación remitida en 2013 debía reputarse reclamación eficaz a efectos de la cláusula temporal.

El interés doctrinal del fallo reside, por tanto, en dos preguntas de alcance general: **cuándo puede afirmarse que nace realmente una acción indemnizatoria en daños de evolución prolongada**, y **qué debe entenderse por reclamación bastante en una póliza *claims made*** cuando el asegurador ha recibido una comunicación inicial no exhaustiva pero inequívocamente orientada a exigir responsabilidad.

La piedra angular de la sentencia se encuentra en su recuperación rigurosa del principio *actio nondum nata non praescribitur*. La Sala recuerda, con cita de su propia jurisprudencia, que el día inicial para el ejercicio de la acción, a efectos del art. 1969 CC, es aquel en que la acción puede ejercitarse, lo que exige que **quien pretende demandar disponga de los elementos fácticos y jurídicos idóneos para fundar una situación de aptitud plena para litigar**. Añade que la constancia de las secuelas conforma un elemento básico del ejercicio de la acción indemnizatoria y **exige que el perjudicado tenga un conocimiento preciso de la entidad de los perjuicios sufridos**.

Esta formulación merece destacarse porque devuelve el problema de la prescripción a su verdadero centro: **no basta con que el daño exista; es preciso que el daño sea cognoscible en términos jurídicamente relevantes. La acción no nace con la mera producción física del perjuicio**, ni siquiera con la primera sospecha clínica de su etiología, **sino con la posibilidad real de accionar de manera fundada**. La *actio nata* no es una metáfora garantista, sino el criterio técnico que impide que la prescripción opere antes de tiempo.

Ahora bien, esta doctrina no puede entenderse en términos expansivos o indeterminados. Su función no es hacer imprescriptibles los daños complejos ni mantener abiertos de forma indefinida los plazos. La seguridad jurídica sigue siendo un valor estructural del instituto. La cuestión es otra: **determinar con rigor cuándo existe ya un conocimiento bastante del daño y cuándo, por el contrario, el perjudicado solo dispone de datos parciales, provisionales o clínicamente no consolidados**. Ahí es donde la STS 182/2026 resulta especialmente valiosa, porque ofrece una pauta refinada para supuestos en los que el perjuicio continúa desplegando sus efectos o ni siquiera aparece definitivamente delimitado.

La aportación de la sentencia no consiste en crear una nueva clasificación dogmática cerrada, pero sí en evidenciar que la lógica rígida del daño permanente puede ser insuficiente cuando el conocimiento del perjuicio depende de un proceso clínico evolutivo. Matiza la aplicación de la *actio nata* cuando el dato clínico inicial todavía no permite un conocimiento bastante del daño resarcible.

En el supuesto de autos, la historia clínica mantuvo durante un prolongado periodo expresiones como posible, probable o sospecha, sin que el diagnóstico quedara afirmado sin reservas hasta la consulta de 23 de enero de 2018, momento en el que desaparece definitivamente el carácter hipotético con el que hasta entonces se había expresado en la documentación médica. La Sala concede relevancia jurídica directa a ese dato y lo conecta con la posterior exteriorización de nuevas dificultades funcionales cuya entidad no podía valorarse de forma completa en 2016. El Tribunal afirma que este dato no puede considerarse irrelevante, porque pone de manifiesto que **hasta entonces no existía una definición suficientemente consolidada de la lesión ni de su encuadre clínico definitivo**.

Aquí radica, a mi juicio, la verdadera innovación interpretativa del fallo. El Tribunal combate un error frecuente: equiparar la sospecha clínica con el conocimiento jurídica-

mente suficiente del daño. No toda constatación médica preliminar implica que la acción haya nacido en plenitud. En determinados daños -y muy especialmente en las lesiones neurológicas infantiles- el conocimiento jurídicamente bastante del perjuicio no depende solo de que se intuya o incluso se sospeche la etiología, sino de que exista una delimitación clínica razonablemente consolidada y una proyección funcional apreciable en términos resarcitorios.

La enseñanza doctrinal es clara: en materia de prescripción por daños, las resoluciones administrativas de discapacidad no son irrelevantes, pero su papel es corroborador, orientador y contextual, no mágico ni excluyente. **Lo relevante sigue siendo si el daño se hallaba ya jurídicamente cognoscible en términos suficientes.**

Uno de los aspectos más sugerentes reside en el contraste entre esta resolución de la Sala Primera y determinadas soluciones de la jurisdicción contencioso-administrativa en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria. Mientras la línea más rígida de la jurisdicción contencioso-administrativa tiende a identificar el conocimiento suficiente del daño con el diagnóstico inicial de una lesión permanente, la Sala Primera, en esta sentencia, pone el foco en la necesidad de que el daño sea clínicamente suficientemente consolidado y funcionalmente significativo antes de activar el curso de la prescripción.

La coexistencia de ambas líneas no deja de producir cierta asimetría jurisprudencial. Supuestos materialmente próximos pueden recibir un tratamiento distinto del *dies a quo* según el orden jurisdiccional en el que se sustancie la reclamación. Esa divergencia resulta poco satisfactoria desde la perspectiva de la seguridad jurídica y de la previsibilidad del sistema resarcitorio. Pero precisamente por ello **el valor de la STS 182/2026 es mayor: ofrece una pauta particularmente elaborada para repensar el conocimiento bastante del daño en contextos de evolución clínica prolongada.**

La segunda gran aportación de la sentencia se proyecta sobre el seguro. La póliza litigiosa, calificada como de grandes riesgos, circunscribía la cobertura a las reclamaciones dirigidas al asegurador durante su vigencia, respecto de hechos comprendidos dentro de un periodo de retroactividad expresamente pactado. No se discutía que el hecho generador del daño -la mala praxis médica y falta de información durante el parto de 2005- se encontraba dentro de ese periodo. La controversia se ceñía a determinar si la comunicación remitida en 2013 podía reputarse una reclamación eficaz a los efectos de la cláusula temporal.

La Sala resuelve la cuestión desde la técnica de la falta de efecto útil del recurso. Incluso si se admitiera la tesis jurídica de la aseguradora acerca de la inaplicabilidad de los arts. 3 y 73 LCS a la póliza litigiosa, el recurso debía fracasar si, desde la propia lógica contractual de la cláusula *claims made*, el siniestro estaba cubierto. Y eso es lo que afirma el Tribunal. La sentencia recuerda que la póliza no establecía exigencias formales específicas respecto del contenido de la reclamación, más allá de que permitiera identificar la existencia de un daño imputado al riesgo asegurado y la voluntad de exigir responsabilidad por él.

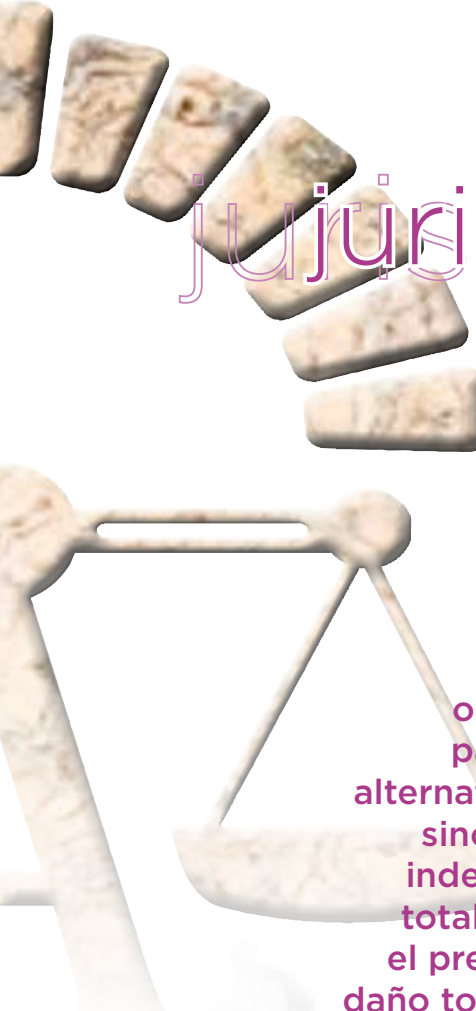
La comunicación de 2013, en la que los demandantes ponían en conocimiento de la aseguradora las secuelas y el daño sufrido por su hija y la calificaban expresamente como reclamación extrajudicial, constituía una reclamación a los efectos de la cláusula de delimitación temporal del riesgo. La insuficiencia de detalle de esa comunicación no puede conducir a negar su eficacia cuando cumple la función esencial propia de este tipo de cláusulas: **poner en conocimiento del asegurador la existencia de un daño por el que se anuncia una exigencia de responsabilidad dentro del período de vigencia de la póliza.**

COMENTARIO

La conclusión se refuerza con tres argumentos adicionales. Primero, la aseguradora no negó haber recibido la comunicación, sino solo su suficiencia. Segundo, atendidos los antecedentes del caso -incluido el litigio anterior relativo a la gemela- podía identificar razonablemente el episodio asistencial al que aquella se refería. Tercero, la sentencia apela **al principio de máxima buena fe en materia de seguro y afirma que no resulta compatible con él que el asegurador permanezca pasivo ante una comunicación razonablemente identificable y pretenda después negar cobertura por la insuficiencia formal de esa misma comunicación**. La consecuencia doctrinal es clara: **la reclamación eficaz en una póliza *claims made* no exige perfección formal, sino suficiencia funcional razonable**.

La STS 182/2026 ofrece una pauta especialmente sólida para pensar los efectos de la *actio nata* en la prescripción de los daños continuados, evolutivos o todavía no plenamente definidos. Y ahí reside la mejor forma de proyectar el comentario: no como una nota sobre un caso singular, sino como una reflexión general sobre el momento en que el daño se convierte, de verdad, en jurídicamente reclamable.





jurisprudencia

Tribunal Supremo

RESPONSABILIDAD CIVIL

El Alto Tribunal consolida la doctrina de la pérdida de oportunidad, y establece que la omisión de informar a la paciente sobre los riesgos de un parto natural frente a la alternativa de una nueva cesárea no se limita a un daño moral, sino que constituye una pérdida de oportunidad que debe indemnizar aplicando un porcentaje sobre el daño corporal total sufrido, incluso en ausencia de mala praxis médica. En el presente caso, estima fijar una indemnización del 20% del daño total sufrido, al considerar que esa era la probabilidad de que la madre hubiera optado por una cesárea de haber sido correctamente informada de los riesgos

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª),
de 10 de marzo de 2026

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes relevantes*

A los efectos decisorios del presente recurso de casación partimos de los antecedentes siguientes:

1. El objeto del proceso

El proceso versa sobre la pretensión de D.ª Eufrasia de ser indemnizada, en la cantidad de 96.071,11 euros, por las lesiones padecidas al sufrir una rotura del útero, y en la suma de un millón de euros por el daño corporal padecido por su hija Palmira, consistente en una encefalopatía isquémica por la que se le reconoció una incapacidad del 78%, todo ello como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que considera le fue dispensada, en el Hospital DIRECCION000 de DIRECCION001, los días 24 y NUM000 de 2013, por retraso en la práctica de una cesárea e infracción del consentimiento informado.

2. El proceso en primera instancia

El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 5 de Majadahonda, y se formuló contra la compañía aseguradora Mapfre.

Según la precitada demanda, el día 24 de diciembre de 2013, D.^a Eufrasia acudió al Servicio de Urgencias del referido hospital para ser atendida de un embarazo postmaduro de 42 semanas y 4 días, con la circunstancia de que se le había practicado una cesárea previa en un embarazo anterior; no obstante, se le dio de alta, en vez de ingresarla, en atención a que no había dilatado suficientemente con entrega de un volante para ingreso programado para el día 26 de diciembre de 2013.

El día NUM000, sobre las 0:30 horas, es trasladada, de nuevo, en ambulancia, al precitado centro hospitalario, en el que la monitorizan y le suministran una medicación para provocar el parto (oxitocina), en vez de practicarle una cesárea a pesar de objetivarse el sufrimiento fetal en esta ocasión bradicardia.

A las 3:30 horas comienza a sangrar, los monitores se activan con la señal de alarma, y aparece impresa la palabra bradicardia. Ante lo cual, a las 3:40 horas, conducen a la actora urgentemente a quirófano por sospecha de rotura uterina. A la madre se le transfunden cuatro unidades de concentrado de hematíes y dos unidades de plasma fresco. A las 4:00 horas nace, por cesárea, una niña que precisó REA tipo IV, con diagnóstico de depresión neonatal severa e hipoxia perinatal, que es trasladada a la UCI del DIRECCION002 de Albacete, el día NUM000, a las 8:13 horas, donde permanece hasta el 13 de enero de 2014. La demandante es dada de alta tras ocho días de hospitalización.

En la contestación a la demanda, la compañía de seguros negó que en el reconocimiento practicado a la demandante, el 24 de diciembre de 2013, la taquicardia que se registró fuera indicativa de sufrimiento fetal, así como también impugnó la edad gestacional indicada en la demanda que no era la de 42 semanas y cuatro días, sino la de 41 semanas y tres días. Opuso que no existían antecedentes de factores de incremento de riesgo de rotura uterina. También, refutó que se forzara un parto vaginal mediante el suministro de fármacos como la oxitocina u otros similares. Sostuvo que el estado de la paciente aconsejaba el parto natural, y que no hubo retraso en la práctica de la cesárea. Se negó que la gestante no fuera informada de los

riesgos que se podrían derivar de las complicaciones de un parto vaginal. Por último, cuestionó el daño corporal que se reclamaba. En definitiva, solicitó la desestimación de la demanda y que se tuviera por anunciada la aportación de informe pericial.

El procedimiento finalizó por sentencia dictada por el juzgado en la que no se consideró acreditadas las vulneraciones de la *lex artis* alegadas como fundamento de la acción resarcitoria ejercitada, consistentes en que no fue tenida en cuenta la verdadera edad fetal, haber intentado un parto vaginal sobre un útero afectado por una cesárea anterior, no haber considerado las situaciones de taquicardia/bradicardia que sufrió el feto y la administración indebida de oxitocina; no obstante, sí apreció que no se colmó la garantía de una correcta información a la paciente, que podría haber participado de forma más relevante en la toma de decisiones que afectaban a su parto, falta de información que ocasionó un daño moral cuya indemnización se fijó en la suma de 10.000 €, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS) desde el 2 de octubre de 2016, fecha de la reclamación a la aseguradora demandada.

3. El proceso en segunda instancia

Contra dicha sentencia la demandante interpuso recurso de apelación con base en la existencia de un error en la valoración de la prueba, al considerar acreditada la infracción de la *lex artis ad hoc* en el tratamiento recibido por D.^a Eufrasia en relación causal con las lesiones y secuelas padecidas.

También, alegó una falta de motivación de la indemnización fijada a un tanto alzado, sin pronunciarse sobre las reglas para su cálculo, y sin tener en cuenta el daño corporal efectivamente sufrido por la demandante e hija.

Por último, recurrió la sentencia por no estimar, como día inicial del cómputo del devengo de los intereses del art. 20 de la LCS, la fecha del siniestro el NUM000 de 2013.

La compañía de seguros demandada impugnó la sentencia por un único motivo, por infracción del artículo 8.2 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, en relación con los arts. 217.2 y 7 y 218.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante LEC), por falta de motivación y vulneración de la sana crítica, y como consecuencia de ello de los arts. 1, 73, 76 y 20 de la LCS, solicitando, en definitiva, la desestimación de la demanda.

El conocimiento del recurso correspondió a la Sección Octava de la Audiencia Provincial de Madrid que dictó sentencia confirmatoria de la pronunciada por el juzgado con la salvedad de estimar que los intereses del artículo 20 de la LCS se devengan desde el 5 de mayo de 2015.

El tribunal, al proceder a una nueva valoración de la prueba, ratificó las conclusiones fácticas de la sentencia del juzgado, puesto que el análisis de la actividad probatoria desplegada en el proceso descartaba la mala praxis alegada por la demandante en la asistencia a su parto.

En síntesis, la audiencia consideró que no había quedado justificada la administración de oxitocina durante el intento del parto vaginal, aunque en el partograma se consignó su administración por tratarse de un error informático.

Se admite que en la historia clínica de la paciente aparecen datos que no se corresponden al parto de D.^a Eufrasia, sino al de otra mujer y que, aun siendo lamentable la falta de rigor que revelan las contradicciones obrantes en el precitado documento clínico, se ha ofrecido una explicación plausible sobre la causa de su producción, de tal manera que tales deficiencias no son reveladoras de una mala praxis médica asociable al daño cerebral objeto de reclamación, circunstancia que desvirtúa la pericial de la demandante en cuanto se funda en que se administró a D.^a Eufrasia medicamentos tales como valium, dolatrina, oxitocina y buscapina, que no corresponden a su parto.

No existe seguridad con respecto a la edad gestacional, lo que constituye una incertidumbre que es atribuible a la embarazada; en cualquier caso, según el dictamen del Dr. Rosendo, si bien del análisis del historial clínico de la demandante se perciben ciertas contradicciones en la determinación de la fecha probable del parto, concluye que el 24 de diciembre de 2013, de forma correcta, se calcula la edad gestacional del embarazo en base a la fecha de la concepción como de 41 + 3 semanas, que se corresponde además con la calculada en las dos primeras ecografías obstétricas.

Por otra parte, el hecho de que se practicara una cesárea anterior no excluye el posterior parto vaginal, que no está contraindicado en una mujer con cesárea previa transversa baja y no concurrían otras circunstancias que desaconsejasen el intento del parto vaginal.

No se apreció, tampoco, mala praxis en la atención recibida el día 24 de diciembre, sin que

concurriesen signos de anormalidad en el registro cardiotocográfico fetal, ni tampoco dinámica propia del parto.

Posteriormente, cuando se inició dicho proceso, y la paciente retornó al hospital, se la monitorizó sin que en dicho momento tampoco apareciese ningún registro cardiotocográfico intranquilizador. Es, precisamente, cuando se detectan los indicios de la bradicardia fetal, a las 3:34 horas, y la actora comienza a sangrar, cuando se acuerda una cesárea de urgencia con el fatal desenlace producido.

La sentencia considera, también, que la decisión sobre el método de finalización del parto no incumbe a la paciente. La cesárea no puede configurarse como una alternativa al parto vaginal de libre decisión para la madre, ya que la misma supone un riesgo de intervención quirúrgica invasiva a considerar por los profesionales médicos en toda su extensión y con las variables que concurren. Es el profesional médico el que ha de observar los presupuestos que determinan la ejecución de una cesárea con cita de una sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

En consecuencia, lo único indemnizable es el daño moral autónomo asociado al defecto de información, que no puede equipararse, como pretende la apelante, a la indemnización de los daños causados por infracción de la *lex artis* en el acto médico, desplazando por completo el deber jurídico de soportar los daños causados por una intervención realizada con la diligencia debida desde el paciente al servicio público sanitario; por lo que el resarcimiento posible se circunscribe a la cuantificación del daño moral autónomo derivado de la no recepción de la adecuada información relativa a los tratamientos médicos quirúrgicos recibidos, que ha de fijarse, con criterios de razonabilidad y prudencia, en una horquilla que oscila entre los 10.000 y 15.000 €, considerando procedente la primera de dichas cantidades.

Por último, se desestima el recurso interpuesto por Mapfre en cuanto cuestiona la vulneración del principio del consentimiento informado bajo la argumentación siguiente:

«En su desarrollo alega el demandado impugnante que sí existió un correcto y completo proceso de información a D.^a Eufrasia de los riesgos posibles del parto vaginal, así consta en el expediente administrativo aportado por la propia demandante (doc. 5 demanda); que la sentencia no razona suficientemente ni explica

cuál es el motivo o prueba que ha permitido al Juzgador alcanzar la convicción de que no existió una información de pleno alcance; que según el PVtCP el parto es un proceso natural de la persona que nada tiene que ver con los casos previstos por la ley para los que el consentimiento informado se ha de formalizar por escrito. Y que la demandante, como sucede con todas las gestantes-parturientas, recibió, además de la información verbal preceptiva, un “documento informativo” sobre la asistencia al parto, el cual consta unido a su historia clínica como comprobante de su entrega, en el que entre otras complicaciones se informaba del posible riesgo de la “pérdida de bienestar fetal”.

»El motivo del recurso deviene inatendible. No se aprecia ninguna infracción del art. 218 LEC en tanto que la sentencia apelada sí motiva la falta de consentimiento informado, con remisión al Dictamen del CCCAM. Dice así en su fundamento jurídico tercero que *“El informe del Consejo Consultivo de Castilla la Mancha sí que propone una indemnización ligada a la acusación de un daño moral, pero residencia la causa en deficiencias informativas relativas a la cuestión del parto por cesárea o vaginal, y en concreto ese daño moral lo ve asociado al menoscabo experimentado en su derecho a participar activamente en la toma de decisiones concernientes a la salvaguarda de su salud y en ejercicio de su autonomía como paciente”*, lo que nos lleva al contenido del dictamen del Consejo Consultivo en el que se justifica la *“relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público prestado en el Hospital DIRECCION000 de DIRECCION001 y el daño moral sufrido por doña Eufrasia como consecuencia de irregularidades informativas producidas en los procedimientos de seguimiento de su embarazo y asistencia al parto*, en aplicación de los artículos 4 a 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en particular del artículo 4. 1 que dispone que *“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley”*, lo que extiende la obligación informativa a cualquier actuación, sea o no necesaria, sobre todos los aspectos, riesgos y beneficios, en este caso del parto vaginal tras cesárea, y no solo del parto, pues el protocolo de la SEGO sobre criterios aplicables a la situación de *“parto vaginal tras cesárea”*-folios 263 al 270- revela que este aspecto informativo de la cuestión ha merecido particular atención en dicha entidad, indicándo-

se al efecto en el referido documento que [...] *“se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras una cesárea previa, así como de los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea”*, información cuya carga de la prueba incumbía a la demandada, y que no consta reallizada, ni por escrito, ni verbalmente.

»Como se refleja en el referido dictamen, y el propio recurrente reconoce, D^a Eufrasia no firmó ningún consentimiento informado específico para el PVtCP que estaba programado, el documento de consentimiento informado sobre la asistencia al parto obrante en su historia clínica -folios 90 al 93 del expediente-no cuenta con la firma de la interesada, apareciendo en su lugar un aspa que no coincide con la firma recabada de la paciente en el documento de consentimiento informado relativo a la aplicación de la anestesia epidural, y que en la fecha en que tuvo lugar el alumbramiento, en NUM000 de 2013, no se disponía de un documento informativo específico que contemplara las ventajas e inconvenientes asociados al intento de parto vaginal tras el antecedente de una cesárea previa.

»Tampoco consta acreditada que la referida información hubiese sido suministrada verbalmente, en primer lugar, así lo refleja el dictamen y esta sala lo comparte, porque no pueden pasarse por alto los problemas comunicativos causados por las propias limitaciones personales de la paciente, que ni habla ni entiende el castellano, lo que también figura anotado en varios documentos de su historia clínica. Así, la parte apelante puntualizó en el expediente administrativo que para comunicarse con el personal sanitario precisaba de la intermediación de una hermana que supuestamente sí conocía al español, quien habría hecho de intérprete durante el desarrollo de las consultas.

»En cuanto a la falta de información específica sobre las ventajas e inconvenientes del parto vaginal tras el antecedente de una cesárea previa, también las dificultades idiomáticas existentes en este caso operan como un claro elemento mitigador de sus efectos en la esfera de la toma de decisiones de la paciente.

»Y así, en consonancia con el dictamen CCCMA, cabe concluir que se aprecian anomalías sobre el modo de acreditación de la información facilitada a la paciente con motivo de la asistencia obstétrica recibida en el HGOV, que son indiciarias de haber propiciado la generación de un daño moral vinculado a falta de in-

formación y a una eventual afectación de su derecho a la autonomía en la toma de decisiones concernientes al tratamiento médico recibido».

La nomenclatura PVtCP, empleada por la sentencia de la audiencia, significa parto vaginal tras cesárea previa.

4. Recurso de casación

Contra dicha sentencia se interpuso por la demandante recurso de casación, en el que no se cuestionó que el equipo médico no incurrió en mala praxis en la atención al parto, sino con fundamento en las deficiencias en la obtención del consentimiento informado, considerando errónea su determinación como simple daño moral sin tener en cuenta la conexión con el daño corporal efectivamente sufrido.

SEGUNDO.- *Los motivos del recurso de casación interpuesto*

1. Fundamento y desarrollo del primero de los motivos del recurso de casación.

El primero de los motivos del recurso de casación radica en la infracción del artículo 76 de la ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS), en relación con los artículos 139.1 y 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado y Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC).

En su desarrollo, la actora entiende concurrió la vulneración de la *lex artis* en la elección del parto vaginal en vez de cesárea como consecuencia de una decisión adoptada por el equipo médico sin informar a la gestante sobre los riesgos de ambos partos, máxime cuando se le había practicado una cesárea previa, lo que supone la vulneración del protocolo establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en adelante SEGO), que recomienda contar con la voluntad de la mujer, sin que tal decisión corresponda, de forma exclusiva, al personal sanitario actuante.

La recurrente entiende, en síntesis, que la sentencia del tribunal provincial yerra al estimar correcta la elección de la vía de parto natural en un embarazo con cesárea previa prescindiendo del consentimiento informado de la demandante, sin fijar la indemnización correspondiente a todos los daños corporales consecuencia de la materialización de los riesgos típicos no advertidos; es decir, de la rotura uterina con asfixia perinatal de la hija de la actora.

En definitiva, considera contrario a derecho el criterio de la audiencia en cuanto niega la relación de causalidad entre la vulneración del consentimiento informado y el daño corporal producido por la materialización del riesgo típico no advertido, que limita a una apreciación de un simple daño moral desconectado con la entidad de las lesiones realmente padecidas fijado en la cantidad de 10.000 euros.

En conclusión, señala la parte recurrente que la causa de la rotura uterina había sido el intento de parto vaginal y que, según el protocolo de la SEGO, en la página 36, en un apartado titulado información sobre los riesgos de parto vaginal tras cesárea, se hacía constar que: «las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deben de ser informadas del aumento de los riesgos y de los beneficios maternos que genera el parto vaginal». Y añadía también: «el consentimiento informado, preferentemente con documento escrito, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa».

El recurso parte de que la sentencia recurrida acepta que «se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras una cesárea previa, así como de los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea, información cuya carga de la prueba incumbía a la demandada y que no consta realizada, ni por escrito, ni verbalmente». Se cita el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla la Mancha, que aprecia, en el caso litigioso, deficiencias informativas relativas a la cuestión del parto por cesárea o vaginal y, en concreto, como ese órgano autónomo aprecia un daño moral asociado al menoscabo experimentado por la demandante en su derecho a participar de forma activa en la toma de decisiones concernientes a la salvaguarda de su salud y en ejercicio de su autonomía como paciente, y añade dicho Consejo que: «se pudo haber contrastado con la paciente la evaluación del riesgo de rotura y por lo tanto es cierto que se produce un daño moral que justifica la concurrencia de una indemnización».

El recurso señala que los médicos descartaron la presencia de complicaciones obstétricas que desaconsejasen el parto vaginal; pero debieron haber suministrado a la demandante información completa del riesgo al que se enfrentaba con posibilidades de rotura uterina diez veces mayor que en el caso del parto por cesárea, y tal advertencia no se llevó a efecto, cuya carga de la prueba correspondía además al equipo médico tratante.

El segundo de los motivos del recurso de casación, se construye sobre la infracción de la misma base normativa, y, en su desarrollo, se razona que, una vez declarada la responsabilidad de la administración sanitaria asegurada, no se ha indemnizado el daño antijurídico sufrido por considerar que la demandante no habría tenido ninguna oportunidad de evitar el parto vaginal aunque hubiese sido correctamente informada, por lo que se le indemniza con un daño moral autónomo e independiente de las lesiones causadas, lo que considera vulnera la jurisprudencia de esta sala constituida por las SSTs 101/2011, de 4 de marzo, y 227/2016, de 8 de abril.

La recurrente señala que, conforme a la jurisprudencia de esta sala, es necesario tener en cuenta tres concretos escenarios: 1) que la decisión de la paciente no hubiera variado (parto natural) a pesar de la ausencia de la información recibida, en cuyo caso no habría lugar a la indemnización, sin perjuicio de la apreciación de un daño moral autónomo como hizo la sentencia recurrida; 2) si se sabe positivamente que el paciente habría eludido el parto vaginal y optado por la cesárea, supuesto en el que procedería a la indemnización del total del daño materializado; y 3) en caso de incertidumbre causal sobre la decisión adoptada en el que sería de aplicación la doctrina de la pérdida de la oportunidad.

La recurrente no comparte el argumento de que la opción entre parto natural y cesárea compete exclusivamente al equipo médico sin contar con la participación de la gestante, prescindiendo de circunstancias relevantes tales como el antecedente de la cesárea previa, los mayores riesgos que ello implica con respecto a una posible rotura uterina -diez veces superiores-, a las recomendaciones del SEGO, en las que consta que se debe ofrecer un intento de parto por vía vaginal a todas las mujeres con cesárea previa, una vez se descarten las contraindicaciones, y se les informe de los riesgos y beneficios del parto vaginal.

En definitiva, la recurrente considera que, al privar a la demandante de la posibilidad de evitar el parto vaginal, el daño derivado deviene antijurídico, por lo que ha de ser íntegramente indemnizado.

2. Motivos de inadmisibilidad del recurso opuestos por la compañía de seguros demandada.

La compañía de seguros se opone a la admisión del recurso de casación por entender

que no respeta la base fáctica de la resolución impugnada, puesto que da por sentado que la audiencia ha prescindido de una cuestión relevante, cual es que el protocolo SEGO prohíbe la práctica de parto vaginal sin la debida información que se le debe ofrecer a la paciente, lo que se trata de un argumento introducido de forma sesgada, interesada y subjetiva, atribuyendo a la resolución de la audiencia afirmaciones que no contiene.

Este motivo de inadmisibilidad no puede ser acogido.

La recurrente no prescinde de los hechos declarados probados por la audiencia, sino que defiende, a lo sumo, una interpretación del protocolo de la SEGO, lo que no constituye un óbice de inadmisión, máxime además cuando no es el exclusivo argumento del motivo del recurso de casación interpuesto.

En segundo término, se considera que la infracción del consentimiento informado es una cuestión nueva introducida en el recurso, puesto que la apelante aceptó el pronunciamiento relativo a la indemnización concedida en concepto de daño moral aunque la considerase irrisoria. La compañía de seguros sostiene que la parte recurrente nunca planteó, como requisito ineludible para llevar a cabo el parto vaginal, la existencia de información previa, sino que la práctica de una cesárea anterior constituía una contraindicación para la práctica del parto natural, y, en ello, fundamentó el comportamiento antijurídico base de la reclamación efectuada, por lo que, en realidad, lo que pretende la demandante es que la sala lleve a efecto una nueva valoración probatoria de una cuestión no específicamente planteada.

Tampoco, podemos admitir este óbice de admisibilidad.

En efecto, no es cierto que la demandante no se refiriese a la lesión del derecho al consentimiento informado cuando tal cuestión la plantea expresamente en su demanda, baste para ello la lectura de las páginas 34 y siguientes, en las que afirma no se le dio información, con expresa referencia al protocolo de la SEGO, de que «el consentimiento informado preferentemente con documento escrito, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa», al que dedica el oportuno apartado en su fundamentación jurídica con cita de la jurisprudencia aplicable (páginas 94 y siguientes de la demanda). Cuestión, además, sobre la que la demandada ejercitó su



derecho de defensa, consciente de que constituía un fundamento de la pretensión resarcitoria ejercitada, así resulta de las páginas 17 y 18 de la contestación a la demanda, y de su fundamentación jurídica, apartado II (iv), bajo el epígrafe consentimiento informado (págs. 27 y 28).

No podemos compartir, de igual manera, que no se hubiera introducido en el recurso de apelación la vulneración del derecho de información y sus consecuencias económicas, así resulta del epígrafe del escrito de apelación intitulado «información sobre los riesgos de parto vaginal tras cesárea», con cita de las transcritas recomendaciones de la SEGO, incluso antes de

la semana 36, y se añade, en letras mayúsculas y en negrilla,

«NUNCA se le informó a la paciente de los riesgos perinatales asociados al intento de parto vaginal tras cesárea previa» (páginas 36 a 38).

Específicamente, también, en la página 45 del escrito del recurso, consta expresamente: «el juzgado yerra al considerar que solo queda acreditado deficiencias informativas, causantes de una pérdida de oportunidad, que ocasionan un daño moral a mi representada, cuantificándolo en 10.000 euros», por entender «demasiado estrecha la sugerencia de 3000 euros del Consejo

Consultivo, teniendo en cuenta los daños sufridos y penosas consecuencias para la vida de la menor y sus familiares directos».

La apelante señala que la cantidad de 10.000 euros es, incluso, menor, a la propuesta por la parte demandada, en el hecho tercero de la contestación, cuantificada en 15.000 €, suma que es totalmente insuficiente y desproporcionada, por lo que la indemnización debida debe ser cuantificada en la suma de 1.096.071 euros reclamados en la demanda.

Esta cuestión, no solo ha sido objeto de contradicción en el escrito de oposición al recurso por la demandada, sino de impugnación por la compañía de seguros, por lo que fue resuelta por la sentencia de la audiencia, en su fundamento jurídico quinto, sin que dicha resolución fuera tildada de incongruente.

La valoración de las consecuencias jurídicas de la omisión en la obtención del consentimiento informado dentro de las alternativas posibles constituye una cuestión propia del recurso de casación, sin que la parte recurrente incurra en el defecto de hacer supuesto de la cuestión prescindiendo de los hechos declarados probados, y máxime cuando la sentencia del tribunal provincial, en pronunciamiento no impugnado, considera infringido el consentimiento informado, si bien lo cuantifica como daño moral sin conexión alguna con el daño corporal padecido por madre e hija.

Por todo este acopio de razones, no cabe aceptar los motivos de inadmisibilidad opuestos por la aseguradora.

3. Argumentos esgrimidos por la demandada en cuanto a la cuestión de fondo debatida en el proceso.

En cuanto al fondo, la compañía aseguradora entiende que no se incurrió en ninguna clase de comportamiento antijurídico generador de responsabilidad patrimonial, toda vez que el parto vaginal no estaba contraindicado a la vista de las circunstancias concurrentes, y éste debía de ser la primera elección para los facultativos médicos a la vista de la mayor mortalidad de la cesárea. La rotura uterina es una complicación obstétrica que puede producirse tanto en caso de cesárea como en el de parto vaginal.

La decisión adoptada por los facultativos fue correcta, el protocolo no exigía una cesárea, lo que requiere es informar a la paciente de sus riesgos. La rotura uterina no tuvo lugar como

consecuencia de la falta de consentimiento prestado, sino por mor de una complicación obstétrica.

La actuación médica siempre ha sido correcta, ante la primera sospecha de pérdida de bienestar fetal - bradicardia-, la intervención fue inmediata mediante la práctica de una cesárea, aunque, a pesar del buen hacer facultativo, no pudo evitarse el daño corporal sufrido por madre e hija.

De ningún modo existe relación causal entre el daño reclamado como consecuencia del riesgo típico materializado y el acto médico totalmente correcto. Lo que realmente se produjo es una complicación obstétrica muy infrecuente que fue además debidamente abordada y tratada.

Con respecto al segundo motivo del recurso de casación, es necesario diferenciar entre la responsabilidad derivada de una negligente o defectuosa práctica del acto médico quirúrgico, y la procedente de la falta de la adecuada información al paciente sobre los riesgos de la intervención.

La audiencia proclama que existió un defecto de información, pero no un error en la práctica del acto médico, en cuyo caso lo procedente es el reconocimiento de una indemnización por el daño moral sufrido derivado de la nula participación de la madre gestante en la toma de la decisión final sobre la modalidad posible de su parto, y no por el estado de la demandante y de su hija, que presentan lesiones y secuelas derivadas de una complicación obstétrica durante el desarrollo del parto espontáneo, no imputable a una deficiente actuación médica.

Todo ello, además, de la inconcreción en la que incurre la parte recurrente respecto al *quantum* indemnizatorio, con reclamación exclusiva de daños corporales, sin distinguir daño moral alguno.

La indemnización fijada por la audiencia se ajusta a los criterios reconocidos en supuestos de daño moral autónomo por parte de los tribunales.

Por último, la aseguradora alega la falta de jurisdicción de los tribunales civiles como consecuencia del desistimiento acordado de la demandante en el expediente administrativo de reclamación previa, antes de que se adoptara en él alguna clase de resolución, con lo que introduce una cuestión nueva que, como tal, no

puede ser tratada por este tribunal, amén de que dicho desistimiento fue aceptado.

La jurisprudencia de esta Sala veda plantear cuestiones *per saltum*, que son aquellas que pudiendo plantearse, no lo fueron, en la primera instancia y/o en la apelación (sentencias 614/2011, de 17 noviembre; 632/2012, de 29 octubre; 32/2013, de 6 de febrero; 268/2013, de 22 de abril, entre otras muchas). No pueden plantearse en casación cuestiones que no hayan sido formuladas en la apelación, «pues el recurso de casación permite denunciar las infracciones legales en que el tribunal de apelación haya podido incurrir al resolver las cuestiones planteadas en el recurso de apelación, pero no permite hacer un nuevo planteamiento de la cuestión litigiosa, distinta a la que se sometió a la consideración del tribunal de apelación» (sentencia del Pleno 772/2014, de 12 de enero de 2015).

4. Tratamiento conjunto de ambos motivos del recurso.

La íntima conexión existente entre ambos motivos del recurso de casación interpuesto en cuanto versan sobre las consecuencias jurídicas de los defectos en la obtención del consentimiento informado, sin introducir cuestiones jurídicas de entidad propia e independiente que ameriten una respuesta judicial por separado, permite que sean objeto de un examen conjunto, lo que constituye criterio de este tribunal en casos similares (SSTS 64/2026, de 26 de enero; 74/2026, de 27 de enero; 173/2026, de 5 de febrero, por citar algunas de las más recientes, entre otras muchas), y sin que ello incida negativamente en el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva del art. 24.1 CE, toda vez que, de tal forma, la parte recurrente obtendrá de este tribunal una resolución motivada en derecho sobre la cuestión controvertida suscitada.

TERCERO.- Examen de los motivos del recurso de casación interpuesto

1. El consentimiento informado en el proceso del parto.

Recientemente, hemos tenido ocasión de pronunciarnos al respecto en la STS 9/2026, de 13 de enero, en la que abordamos la necesidad del consentimiento informado del que es acreedora la mujer gestante en los términos siguientes:

«La gestación y la maternidad impactan directamente sobre la mujer con incidencia en el

marco de sus derechos fundamentales y en el libre desarrollo de su personalidad, sin que, en tales circunstancias, se vea expropiada de la facultad de autodeterminación que deriva de la dignidad humana, concebida esta como «valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás» (SSTC 53/1985, de 11 de abril, FFJJ 3 y 8 y 66/2022, de 2 de junio, FJ 4), de manera que constituye «la base de nuestro sistema de derechos fundamentales» (por todas, SSTC 212/2005, de 21 de julio, FJ 4; 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 8, y más recientemente, la STC 81/2020, de 15 de julio, FJ 11).

»Desde luego, tales derechos se encuentran plenamente vigentes en el ámbito de la asistencia y control médico del seguimiento del embarazo y asistencia al parto, contexto en que la mujer goza de los derechos reconocidos en la Ley 41/2002, en cuanto se encuentra sometida a intervenciones sobre su cuerpo invasivas, dolorosas y no exentas de riesgos con sus efectos secundarios.

»En consecuencia, no son admisibles comportamientos que sustraigan a la mujer de su derecho a ser informada con fundamento en que el parto es un proceso natural, puesto que ello supondría la reducción de su persona a la categoría de un simple ente sin voluntad sobre el que cabe libremente disponer, prescindiendo de su autonomía a la hora de gestionar el proceso del parto. No cabe sostener que, en tales casos, su consentimiento no deba ser obtenido, que pueda ser ignorado o que deba soportar pasivamente cualquier intervención sobre su cuerpo mediante la cosificación de su persona.

»En este sentido, alcanza especial importancia el denominado «plan de parto», documento que goza de mayor tradición en los países anglosajones, pero que comienza a generalizarse en el nuestro, y que es presentado a la mujer gestante, por el centro hospitalario en el que va a ser atendida, para expresar sus expectativas y preferencias, por lo que adquiere notoria importancia para evaluar la compatibilidad de las actuaciones médicas realizadas con la voluntad de la gestante, relevancia que igualmente alcanzan las anotaciones efectuadas en la historia clínica sobre la información dispensada en el proceso de la asistencia médica recibida, en los términos del art. 4.1 de la Ley 41/2002, que, aunque sea verbal, deberá dejarse constancia de ella en tan fundamental documento

clínico, sin perjuicio de su obtención por escrito cuando sea procedente.

»La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2014, relativa a la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud señala que:

»"Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

»[...] En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva".

»En esta línea, el preámbulo de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, señala que:

»"El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar".

»Pues bien, en su art. 2, referido a las definiciones, en su apartado 5, se establece que son:

»"Intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas: Aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias".

»Y, por su parte, el art. 3 dispone que:

»"1. A efectos de esta ley orgánica, serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos los siguientes:

»a) Respeto, protección y garantía de los derechos humanos y fundamentales. La actuación institucional y profesional llevada a cabo en el marco de esta ley orgánica se orientará a respetar, proteger y garantizar los derechos hu-

manos previstos en los tratados internacionales de derechos humanos.

»Dentro de tales derechos, los poderes públicos reconocen especialmente:

»1.º Que todas las personas, en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad, la salud y autonomía personal, pueden adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las leyes".

»Por su parte, el TEDH reconoce que el derecho a la vida privada incorpora el derecho a decidir ser o no ser madre o padre, que, a su vez, incluye el derecho a elegir las circunstancias en que se desea dar a luz (STEDH de 14 de diciembre de 2010, asunto Ternovszky c. Hungría, § 22).

»Las SSTC 66/2022, de 2 de junio, y 11/2023, de 23 de febrero, abordaron el mismo supuesto, desde perspectivas distintas, la relativa al internamiento forzoso acordado judicialmente de una mujer gestante en el que concurrían graves riesgos para la vida del feto (hipoxia fetal y muerte intrauterina), que pretendía dar a luz en su casa asistida de una comadrona, y la concerniente a la asistencia médica prestada a la gestante en el centro hospitalario en donde fue ingresada contra su voluntad.

[...]

»En el caso que ahora nos ocupa, es la doctrina de la STC 11/2023, de 23 de febrero, la que nos interesa como fundamento resolutorio del presente recurso; pues bien, dicha sentencia determina cuáles son los derechos fundamentales que protegen a la mujer durante su embarazo y posterior parto, lo que hace en los términos siguientes:

»"Como ha afirmado recientemente este tribunal en la citada STC 66/2022, FJ 3 A) c) ii), con cita de la STC 93/2013, de 23 de abril, FJ 9, «todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1 CE), así como a su derecho a la integridad física (art. 15 CE)». Asimismo, en la citada sentencia el Tribunal afirmó que «[t]ambién en conexión con esa autodeterminación opera el derecho consagrado en el art. 15 CE, que protege 'la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques diri-

gidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular' (SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). Su finalidad es proteger la 'incolumidad corporal' (STC 207/1996, de 16 de diciembre, FJ 2), habiendo adquirido también una dimensión positiva en relación con el libre desarrollo de la personalidad, orientada a su plena efectividad (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5)».

»Continúa la STC 11/2023, de 23 de febrero, con el análisis de las exigencias que impone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que actualiza y completa la regulación contenida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, con observancia de las previsiones del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (instrumento de ratificación BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999), con fecha de entrada en vigor de 1 de enero de 2000, pues bien, explica dicha resolución que:

»"La citada Ley, como también expusimos en la citada STC 37/2011, FJ 5, establece la exigencia, con carácter general, del previo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad,

«que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada» y que «se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley» (art. 2.2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (art. 2.3), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (art. 2.4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que «[t]oda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el

consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito. Como excepción, se permite llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin necesidad de su consentimiento en supuestos tasados (art. 9.2)».

»Ahora bien, respetar las decisiones adoptadas por la gestante obliga a ponderar también la viabilidad del nasciturus, lo que, como señala la STC 66/2022, FJ 4 C) y refrenda la STC 11/2023, FJ 3 D) exige: "identificar la vida y salud del feto que albergaba en su seno la gestante, como bien susceptible de protección, que ha de ser tenido en cuenta en nuestro enjuiciamiento constitucional, en su confrontación con los derechos fundamentales cuya lesión alega la parte recurrente". En la STC 53/1985, FJ 5, se precisó que el nasciturus constituye "un bien jurídico cuya protección encuentra fundamento constitucional en el art. 15 CE, en cuanto encarna el valor fundamental de la vida humana, garantizado en dicho precepto constitucional". También, la STEDH de 15 de noviembre de 2016 (Dubská y Krejzová contra República Checa) que establece que la ponderación entre el derecho de la gestante a elegir las circunstancias y el método de parto y el incremento del riesgo para la salud del feto, constituye una limitación de los derechos de aquella que no es contraria al art. 8 CEDH (Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950).

»En definitiva, se desestimó el recurso de amparo, puesto que se constató se había respetado el plan del parto, y la recurrente había sido debidamente informada en el proceso del parto por los médicos que la atendieron y que había prestado su consentimiento con respecto a la asistencia dispensada por orden judicial.

»El Comité de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979, instrumento de ratificación por España de 16 de diciembre de 1983 (BOE de 21 de marzo de 1984), conocido por sus siglas en inglés CEDAW, en su decisión adoptada con el n.º 138/2018, en el caso S.F.M. contra España, de fecha 20 de febrero de 2020, consideró que se habían vulnerado los derechos de la autora (reclamante) en un caso en que se habían practicado 10 tactos vaginales, provocado el parto con suministro de

oxitocina sin explicación de sus efectos adversos y practicado una episiotomía, todo ello sin consentimiento de la parturienta, en virtud de lo dispuesto en los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención, al tiempo que formuló al estado español las recomendaciones siguientes:

»a) En relación con la autora: proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la autora; adoptó las siguientes recomendaciones dirigidas a España como estado parte.

»En general

»(i) [...] en particular, proporcionar a la mujer información adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva [...]”.

»La misma decisión se adoptó por el referido Comité en el caso N.A.E contra España en comunicación 149/2019, de fecha 27 de junio de 2022 (CEDAW/C/84/D/149/2019), en un supuesto en que la autora, de 25 años, cuyo embarazo había sido controlado con un plan de parto en el que ella y su pareja expresaban no querer que se administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto, que las decisiones que el personal médico tenga que tomar sean consensuadas, que, si fuera necesaria la cesárea, el bebé esté con su madre en cuanto nazca o con su padre si la autora tuviera que permanecer en el quirófano, y que no se alimente al bebé con biberones, se produjo una inducción al parto mediante inyección de oxitocina, sin que sus repetidas solicitudes de información sobre los riesgos y sus alternativas fueran atendidas, comunicando la matrona que pasaría a cesárea que se practicó sin consentimiento informado.

»Pues bien, en este dictamen, se cita el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (A/74/137, párrafos. 4, 12 y 15) cuando señala que:

»”También es particularmente pertinente su afirmación según la cual el consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a

fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas, por lo que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo”.

»De nuevo el CEDAW, en el caso M.D.C.P. contra España comunicación 154/2020, de 24 de febrero de 2023, adoptó recomendaciones como las expuestas y la necesidad de obtener el consentimiento informado de la mujer gestante en cualquier tratamiento invasivo durante el parto respetando, por ende, su autonomía y su capacidad para tomar decisiones informadas en relación a su salud reproductiva.

»No obstante, es necesario tener en cuenta, en relación con los dictámenes de los comités de Naciones Unidas, y específicamente, del CEDAW, que contienen recomendaciones para el Estado parte, pero no tienen funciones jurisdiccionales [STC 11/2023, de 23 de febrero, FJ 3 C) en sentido similar, STC 46/2022 , de 24 de marzo, FJ 6)].

»El CEDAW emitió, en el año 1999, la recomendación núm. 24, que es expresamente citada por la STC 11/2023, de 23 de febrero, en la que se pone de manifiesto que:

»”«[l]as mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles», señalando, además, que son aceptables los servicios de atención médica de calidad que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Asimismo, que «[e]n sus informes, los Estados partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto» y que los Estados deberán «exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa»”».

2. Ponderación de las circunstancias concurrentes y estimación parcial del recurso.

El derecho al consentimiento informado se encuentra consagrado en nuestro ordenamiento jurídico interno en los arts. 10 y 15 de la Cons-

titución, 4.1, 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como en las distintas legislaciones de las comunidades autónomas al respecto, también, en los tratados internacionales suscritos por España, sirviendo como ejemplo el art. 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950, art. 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo, el 4 de abril de 1997, que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000, o el art. 3 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/ C 364/01).

Esta Sala se ha expresado, como no podía ser de otra forma, en el sentido de que la legislación sanitaria ha consagrado normativamente el principio de autonomía de la voluntad del paciente, concebido como el derecho que le corresponde para determinar los tratamientos en los que se encuentran comprometidos su vida e integridad física, que constituyen decisiones personales que exclusivamente le pertenecen una vez reciba la información suficiente (SSTS 828/2021, de 30 de noviembre; 908/2024, de 24 de junio; 1310/2025, de 25 de septiembre; 9/2026, de 13 de enero; 165/2026, de 4 de febrero; entre otras muchas), así como que el consentimiento informado es presupuesto y elemento integrante de la *lex artis ad hoc* (SSTS 948/2011, de 16 de enero de 2012; 206/2016, de 5 de abril; 227/2016, de 8 de abril; 828/2021, de 30 de noviembre; 680/2023, de 8 de mayo; 1322/2023, de 27 de septiembre; 908/2024, de 24 de junio; 9/2026, de 13 de enero; 165/2026, de 4 de febrero).

En los protocolos asistenciales en obstetricia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) no descartan el parto natural tras cesárea previa, al señalar que «si no existen contraindicaciones para el parto vaginal, es razonable el intento de parto por vía vaginal en las mujeres con cesárea previa» y reflejan que el resultado exitoso oscila entre 72-76%, y en el caso de gestación de más de 40 semanas de 65-73%, aunque se señala, también, que el útero tiene un mayor riesgo de rotura; en cualquier caso, se precisa que: «las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deben de ser informadas del aumento de los riesgos y de los beneficios maternos que genera el parto vaginal».

Pues bien, en el caso presente, tanto la sentencia de primera como de segunda instancia

han considerado que no se ha respetado el derecho de la demandante a la obtención de su consentimiento informado, lo que constituye un pronunciamiento firme, al no haber sido cuestionado por la aseguradora demandada. El tribunal provincial, al respecto, no otorgó valor probatorio al documento de asistencia al parto de los folios 90 a 93 del expediente informativo al carecer de la firma de la recurrente, a diferencia del específico de la anestesia epidural que sí figura suscrito por la Sra. Eufrosia . Además, en la fecha en que tuvo lugar el alumbramiento, no se disponía de un documento informativo específico que contemplara las ventajas e inconvenientes asociados al intento de parto vaginal tras antecedente de una cesárea previa, sin constancia de que la demandante hubiera recibido al respecto información alguna, por lo que cabe concluir que se eligió el parto natural por entender el personal médico que era el procedimiento más adecuado.

La sentencia de la audiencia comparte el criterio del juzgado de que a consecuencia de la vulneración del derecho al consentimiento informado la actora, exclusivamente, tiene derecho al resarcimiento de un daño moral, sin conexión con el resultado dañoso producido que con base en precedentes judiciales cifra en una horquilla entre 10.000 a 15.000 euros, toda vez que no se incurrió en mala praxis en la atención al parto, pronunciamiento igualmente firme.

El motivo debe ser estimado, toda vez que, a los efectos del resarcimiento del daño por vulneración del derecho al consentimiento informado, esta sala aplica la doctrina de la pérdida de oportunidad, en cuanto en tales casos se sustrae al paciente la posibilidad de actuar de otro modo al disponer de su derecho fundamental a la integridad física, prestando, en definitiva, un consentimiento a la intervención médica practicada sin contar para ello con todos los datos necesarios para adoptar una decisión autónoma y libre.

Corresponde, exclusivamente, al paciente aceptar los riesgos de someterse a una actuación médica, lo que implica previamente conocerlos, sin que la decisión al respecto pueda ser sustituida por el personal médico salvo los supuestos de urgencia vital o en el caso de un parto por la protección de la salud del feto.

La incertidumbre causal sobre la decisión que tomaría el paciente en el caso de que contara con la información suficiente y comprensible al respecto, es la que justifica acudir, en tales supuestos, a la doctrina de la pérdida de oportu-

tunidad, y fijar, con fundamento en ella, la indemnización correspondiente, no basada en un daño moral uniformemente cuantificado dentro de la horquilla que aplica el tribunal provincial con independencia de la hipotética decisión que se tomaría, sino en consideración de la que sería susceptible de adoptarse -pérdida de oportunidad- en función de las circunstancias concurrentes: medicina voluntaria versus medicina necesaria, entidad o gravedad de los riesgos típicos no advertidos y materializados, alternativas terapéuticas existentes, gravedad del cuadro clínico del paciente y calidad de vida que disfrutaba, fracaso de intentos conservadores, opción de una segunda opinión, acudir a centros especializados entre otros; puesto que lo que no admite discusión es que se produzcan consecuencias previsibles silenciadas al paciente.

Esta doctrina basada en una imputación probabilística, no operaría en los casos en los que se alcanzase la certeza moral, o, al menos un grado muy elevado de ella, de que el paciente, debidamente informado, hubiera rechazado la intervención médica, en cuyo caso la indemnización se identificaría con el daño corporal sufrido, como tampoco se aplicaría en aquellos otros en que se contase con la certidumbre de que, en cualquier caso, hubiera aceptado la intervención o actuación médica en cuyo supuesto tampoco cabría aplicar dicha doctrina.

Son precisamente los casos intermedios en los que el equipo médico tratante no incurrió en una conducta negligente causante del daño corporal, aunque sí en defectos en la obtención del consentimiento informado

-existente pero con déficit de información- en los que la indemnización debe ser determinada mediante un juicio prospectivo sobre las probabilidades de que el paciente no hubiere aceptado el tratamiento en el caso de conocer el riesgo o la alternativa existente, lo que no deja de constituir una tarea intelectual de ponderación de expectativas o posibilidades no susceptibles de exacta o matemática determinación, aunque sí de un juicio ponderativo circunstancial de discriminación de casos, pues no todos los escenarios posibles merecen el mismo resarcimiento económico en una horquilla cerrada.

En este sentido, la STS 948/2011, de 16 de enero de 2012, establece, en lo que ahora nos interesa:

«En este caso, la sentencia hace coincidir el

daño que indemniza con las graves secuelas que resultaron de la intervención a que fue sometido el demandante, como si las hubiera causado directamente el médico por una deficiente actuación médico-quirúrgica. Es cierto que existió una intervención quirúrgica y que en términos de causalidad física esta es la causa del daño sufrido, porque las secuelas se generaron como consecuencia de la misma y sin ésta no se habría producido. Ahora bien, el daño que se debe poner a cargo del facultativo no es el que resulta de una intervención defectuosa, puesto que los hechos probados de la sentencia descartan una negligencia en este aspecto...

»[...] En definitiva, existe una evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber sido informado el paciente, en base a lo cual y dentro del ámbito de la causalidad material o física que resulta de la sentencia, es posible hacer efectivo un régimen especial de imputación probabilística que permite reparar en parte el daño, como es la pérdida de oportunidad, que toma como referencia, de un lado, el daño a la salud sufrido a resultas de la intervención y, de otro, la capacidad de decisión de un paciente razonable que valora su situación personal y decide libremente sustraerse o no a la intervención quirúrgica sin el beneficio de conocer las consecuencias para su salud una vez que estas ya se han producido».

De igual forma, aplican tal doctrina, entre otras, las SSTs 227/2016, de 8 de abril, o más recientemente 9/2026, de 13 de enero y 165/2026, de 4 de febrero.

Pues bien, no podemos aceptar el argumento de que en el caso del parto cabe prescindir del derecho de información y consentimiento de la mujer por tratarse de un proceso natural con remisión a la argumentación antes expuesta.

Lo cierto es que, en el caso que enjuiciamos, la demandante había sufrido una cesárea previa, y no se le advirtió de los riesgos de llevar a efecto un parto natural o la alternativa de practicar una segunda cesárea, sino que se prescindió de su voluntad, al no darle información alguna al respecto, en un momento además en que no existía ninguna situación de riesgo vital ni para la embarazada ni para el feto como la que se desencadenó posteriormente.

El protocolo de la SEGO requiere en tales casos informar debidamente a la gestante, advirtiéndola de que si bien no está contraindicado el parto natural tras una cesárea previa, sus

posibilidades de éxito para casos de más de 40 semanas de gestación, oscilan entre 65-73 % (pág. 266 del expediente administrativo desistido), así como del mayor riesgo que implica para rotura del útero, hasta el 0.32%-0,47%, con cesárea previa, siendo el 0,03% en las mujeres a las que se les programó una cesárea electiva (informe pericial Dr. Cornelio).

También dicho perito indica, en su dictamen, que actualmente en el hospital, en el que fue atendida la demandante se sigue el siguiente protocolo en el caso de las cesáreas anteriores:

»Programación para inducción en la semana 41+5 (si no cumple contraindicaciones).

»Programación para cesárea electiva en semana 39 (si cumple alguna contraindicaciones).

»En caso de denegación de parto vaginal por parte de la paciente, se firmará la denegación de parto vaginal tras cesárea anterior, por duplicado, programando cesárea en semana 38-39».

3. Asunción de la instancia y fijación de la indemnización correspondiente.

En este caso, la entidad del daño sufrido es el siguiente, la niña, que cuenta actualmente 12 años, padece una DIRECCION003 , con una incapacidad del 78%, con DIRECCION004 y funciones superiores integradas muy graves, que le origina un perjuicio estético de entidad, daños morales complementarios, una incapacidad permanente absoluta, necesidad de ayuda de una persona, adecuación de vivienda y perjuicios morales familiares, por lo que la indemnización postulada por tal concepto de un millón de euros entra en el marco del baremo de la LRCSCVM, con su actualización correspondiente al 2014, con cuya base se reclama, incluso su aplicación podría superar la cantidad reclamada por tal concepto.

Ahora bien, con respecto a la madre, independientemente de que se incluyó en la indemnización de la hija los daños morales familiares, sufrió ocho días de hospitalización (632,44 euros, con el 10% adicional) y síndrome postconmocional, por lo que se reclaman 5 puntos a razón de 864,98 euros, lo que hace un total de 4324,9, más 432,49 euros correspondientes al 10% de factor corrección, lo que arroja la suma de 4757,39 euros; por lo que la indemnización total de la madre sería de 5.389,83 euros. No cabe fijar la indemnización postulada por la secuela pérdida del útero antes de la menopausia,

puesto que no se le ha practicado una histerectomía y, en cualquier caso, de haber optado por la cesárea, se le hubiera practicado una segunda intervención de tal clase, con mayores riesgos para un nuevo embarazo, sin que exista una prueba al respecto que lo hubiera descartado.

Resulta también que concurrían entre un 65-73% de probabilidades, según el protocolo SEGO (pág. 266 del expediente administrativo desistido), de éxito del parto natural tras cesárea previa, lo que implicaría, en caso negativo, la práctica de la cesárea, así como también existe un mayor riesgo de rotura del útero, hasta el 0.32%-0,47%, frente al 0,03% que, en cualquier caso, es un riesgo realmente bajo. Es preciso valorar que la opción por el parto natural era la aconsejada por el equipo médico, no estaba descartada en los protocolos, no concurrían contraindicaciones y también tenía sus indiscutibles ventajas al evitarse los riesgos de una intervención quirúrgica en los que la mortalidad de la madre es mayor aun lo sea muy escasamente y en el que tampoco cabe descartar la rotura del útero.

Es necesario también ponderar las circunstancias concurrentes ex ante y no cuando se conoce el resultado producido como hemos señalado reiteradamente.

Por todo ello, consideramos en un 20% las posibilidades de que la mujer hubiera optado por la cesárea y no hubiera continuado con el parto natural, lo que implica fijar la indemnización a la menor en 200.000 euros, y a la madre en 1.077,96 euros, más los intereses del art. 20 de la LCS, desde la fecha indicada por la sentencia de la audiencia, no impugnada.

Dichos intereses se devengarán desde el 5 de mayo de 2015 hasta el completo pago de las indemnizaciones fijadas de la forma siguiente: durante los dos primeros años al tipo legal más un 50%, y, a partir de ese momento, al tipo del 20% (sentencia de pleno 251/2007, de 1 de marzo, seguida, entre otras, por las sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 140/2020, de 2 de marzo; 419/2020, de 13 de julio, 503/2020, de 5 de octubre, 643/2020, de 27 de noviembre, 110/2021, 2 de marzo, 1322/2023, de 27 de septiembre o 165/2026, de 4 de febrero), sin perjuicio de descontar las cantidades pagadas por la aseguradora con efectos desde el pago.

CUARTO.- Costas y depósito

Conforme al art. 398.2 LEC, no procede imponer las costas del recurso de casación ni las

de la segunda instancia a la parte demandante dada la estimación parcial de ambos recursos.

Según el art. 394.1 LEC, tampoco procede imponer las costas de la primera instancia, toda vez que la demanda fue estimada en parte.

Con respecto a los depósitos para recurrir se estará a lo normado en la disposición adicional 15.^a, apartados 8 y 9, de la LOPJ, que siguen un criterio de vencimiento.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido:

1º. Estimar parcialmente el recurso casación interpuesto por la demandante D.^a Eufrasia , sin imposición de costas y devolución, en su caso, del depósito constituido para recurrir.

2º. Casar la sentencia 238/2021, de 15 de junio, dictada por la Sección Octava de la Audiencia Provincial de Madrid, en el rollo de apelación 748/2020, y con estimación parcial del recurso

de apelación interpuesto por D.^a Eufrasia , contra la sentencia 117/2019, de 23 de julio, dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Majadahonda, revocamos dicha resolución, y condenamos a Mapfre Empresas Seguros y Reaseguros, S.A., a abonar a la demandante la cantidad de 1.077,96 euros, y para su hija, Palmira , la suma de 200.000 euros, las precitadas cantidades devengarán los intereses del art. 20 de la LCS, desde el 5 de mayo de 2015 hasta el completo pago, sin perjuicio de descontar los pagos que hubiera llevado a efecto la aseguradora, todo ello sin hacer especial pronunciamiento sobre las costas del referido recurso y con devolución del depósito constituido para recurrir.

3º. Se confirma la desestimación de la impugnación del recurso de apelación interpuesto por Mapfre, con imposición de costas y pérdida del depósito para impugnar.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y rollo de Sala. Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

Por **Pedro Torrecillas Jiménez***Abogado**Vocal de la AEAERCYS en Andalucía Oriental***La vulneración del consentimiento informado en obstetricia: de la indemnización por daño moral autónomo a la reparación del daño corporal a través de la pérdida de oportunidad.**

La sentencia que comentamos supone un punto de inflexión en la jurisprudencia sobre responsabilidad civil sanitaria, específicamente en lo que respecta a las consecuencias indemnizatorias derivadas de la vulneración del derecho al consentimiento informado. En esta resolución, en un supuesto de graves secuelas neonatales producidas durante un parto, abandona la tradicional doctrina del “daño moral autónomo” para aplicar, con una detallada fundamentación, la teoría de la “pérdida de oportunidad”. Este cambio doctrinal no solo ofrece una solución más justa y reparadora para la víctima, sino que también refuerza la importancia de la autonomía del paciente en un ámbito tan sensible como es la obstetricia.

SUPUESTO ENJUICIADO:

El litigio tiene su origen en la reclamación de doña Eufrasia, en su nombre y en el de su hija menor, contra la aseguradora del servicio público de salud. Los hechos se centran en la asistencia al parto, teniendo unos antecedentes de una cesárea previa. Se optó por un parto vaginal (PVDC), durante el cual se produjo una rotura uterina que derivó en una encefalopatía isquémica severa para la recién nacida, con una incapacidad del 78 %.

La principal importancia de la sentencia es la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad como el mecanismo idóneo para cuantificar el daño en estos supuestos. El Tribunal razona que la falta de información privó a la paciente de la oportunidad de elegir una alternativa (la cesárea programada) que podría haber evitado el resultado lesivo.

Tanto el Juzgado de 1ª Instancia como la Audiencia Provincial descartaron la existencia de mala praxis en la actuación médica. Sin embargo, ambas instancias consideraron probado que no había recabado adecuadamente el consentimiento informado de la madre. No se le informó de manera específica y comprensible sobre los riesgos asociados al intento de un parto vaginal tras cesárea previa, ni sobre la alternativa de una cesárea electiva programada.

La Audiencia Provincial, confirmando la decisión de Primera Instancia, condenó a la aseguradora al pago de 10.000 € en concepto de daño moral autónomo, por vulneración del derecho de la paciente a decidir libremente. Dicha indemnización quedó desvinculada por completo del grave daño corporal sufrido por el menor.

FUNDAMENTACION JURIDICA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Conforme al recurso de casación interpuesto por la demandante el Tribunal Supremo realiza una profunda revisión de la doctrina aplicable, y su argumentación se estructura en varios pilares fundamentales:

1.- La plena vigencia del Derecho a la autonomía del paciente en el parto.

Se rechaza de plano el argumento de que el parto, por ser un “proceso natural”, pueda suponer una merma en los derechos de la mujer al ser informada y a decidir. La sentencia es contundente al afirmar que tales comportamientos “supondrían la reducción de su persona a la categoría de un simple ente sin voluntad sobre el que cabe libremente disponer”, y ello adoptando los argumentos de una anterior sentencia del STS 9/26 de 13 de enero, en las que se abordó la necesidad del consentimiento informado del que es acreedora la mujer gestante.

Para ello, fundamenta el derecho a la autonomía de la paciente en un sólido marco normativo:

- **Derechos Fundamentales:** Se invoca la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la CE), así como el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la CE).
- **Legislación Sanitaria:** Se apoya de forma central en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, que consagra el derecho a conocer toda la información disponible (art. 4.1), a decidir libremente entre opciones clínicas (art. 2.3) y la necesidad de que toda actuación requiera el consentimiento libre y voluntario tras recibir la información adecuada (art. 8).

“**No** son admisibles comportamientos que sustraigan a la mujer de su derecho a ser informada con fundamento en que el parto es un proceso natural, puesto que ello supondría la reducción de su autonomía a la hora de gestionar el proceso del parto. No cabe sostener que, en tales casos, su consentimiento no deba ser obtenido, que pueda ser ignorado o que deba soportar pasivamente cualquier intervención sobre su cuerpo mediante la cosificación de su persona”.

- **Normativa Internacional:** La sentencia refuerza su argumentación con referencia a la Declaración de la OMS de 2024 y a las recomendaciones del Comité CEDAW de Naciones Unidas, que exigen el consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante el parto, respetando la autonomía de la mujer.

2.- La superación de la doctrina del “daño moral autónomo”.

Hasta ahora, la jurisprudencia mayoritaria, ante una vulneración del consentimiento informado sin que concurriera una mala praxis, en el acto médico, tendía a indemnizar un “daño moral autónomo”. Este concepto resarcía la lesión del derecho a la autodeterminación del paciente, pero lo hacía de forma desconectada del daño corporal materializado.

El Tribunal Supremo considera que esta doctrina es insuficiente cuando el riesgo no informado es precisamente el que se materializa, causando un daño corporal. Limitar la

indemnización a una cifra simbólica o moderada por daño moral “desplaza por completo el deber jurídico de soportar los daños” desde el servicio sanitario hacia el paciente, lo cual resulta injusto.

3.- La aplicación de la doctrina de “la pérdida de oportunidad”.

La principal importancia de la sentencia es la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad como el mecanismo idóneo para cuantificar el daño en estos supuestos. El Tribunal razona que la falta de información privó a la paciente de la oportunidad de elegir una alternativa (la cesárea programada) que podría haber evitado el resultado lesivo.

Si resume su aplicación en tres escenarios posible:

- 1- **Certeza de que el paciente hubiera aceptado la intervención.** No procedería indemnización por el daño corporal, sin perjuicio de un posible daño moral mínimo.
- 2- **Certeza de que el paciente hubiera rechazado la intervención.** La indemnización se identificaría con la totalidad del daño corporal sufrido.
- 3- **Incertidumbre sobre la decisión que hubiera tomado el paciente:** Este es el supuesto más habitual y el que se da en el caso. Aquí, la indemnización no se basa en un daño moral abstracto, sino que se determina mediante un juicio prospectivo sobre las probabilidades de que **el paciente**, debidamente informado, hubiera optado por la alternativa que evitaba el riesgo. La indemnización se fija como un porcentaje del daño corporal total correspondiente a esa probabilidad. Se sustrae al paciente la posibilidad de actuar de otro modo al disponer de su derecho fundamental a la integridad física, prestando, en definitiva, su consentimiento a la intervención médica práctica sin contar para ello con todos los datos necesarios para adoptar una decisión autónoma y libre. Corresponde, en exclusividad, al paciente aceptar los riesgos de someterse a una actuación médica, y para ello necesita conocerlos, sin que su decisión pueda ser sustituida por el personal médico salvo en supuestos de urgencia vital o en el caso de un parto por la protección de salud del feto.

4.- El cálculo probabilístico y la fijación de la indemnización.

Para determinar el porcentaje de oportunidad perdida, el Tribunal pondera las circunstancias que han concurrido:

- El protocolo de la SEGO indicaba unas posibilidades de éxito del parto vaginal tras cesárea de entre el 65-73 %.
- El riesgo de rotura uterina en un PVDC era significativamente mayor (0,32 %-0,47 %) que en una cesárea electiva (0,03 %).
- La opción por el parto natural era la aconsejada por el equipo médico y tenía ventajas, como evitar una intervención quirúrgica mayor.

Considerando estos factores el Tribunal Supremo estima en un 20 % las posibilidades de que la mujer, correctamente informada, hubiera optado por la cesárea. En consecuencia, revoca la sentencia de la Audiencia Provincial y condena a la aseguradora a abonar el 20 % de la indemnización que correspondería por el daño corporal total, lo que se traducen 200.000 € para el menor (sobre una valoración de 1.000.000 €) y 1.077,96 € para la madre.

CONCLUSIONES:

Esta sentencia redefine el tratamiento de la responsabilidad por falta de consentimiento informado y abre una vía de reclamación mucho más sólida y económicamente relevante. Ya no se trata de solicitar una indemnización simbólica por daño moral, sino de reclamar un porcentaje de daño corporal real, lo que exige un análisis probatorio centrado en demostrar las probabilidades de que el paciente hubiera tomado una decisión diferente.

La forma de calcular la indemnización es novedosa, en relación con otras resoluciones dictadas por el mismo Tribunal, como por ejemplo en la STS 165/26 de 4 de febrero, donde se indica que es doctrina de la Sala indemnizar en estos casos, la pérdida de la oportunidad provocada por la omisión o insuficiencia informativa sufrida y no la reparación íntegra o completa del daño físico materializado constitutivo del riesgo físico no revelado, optando por una responsabilidad proporcional o fraccionada, en cuanto que la reparación íntegra se reserva para la negligencia concurrente en el acto o intervención practicada. Sigue diciendo esta sentencia que el importe del daño corporal padecido se elevó a la cantidad de 66.575,68 €, y en atención a las circunstancias expuestas, se fija una indemnización de 25.000 €, que se reputan suficientes para resarcir el daño.

A tenor de esta última sentencia 165/26, es evidente que el mismo Tribunal, en estos casos, venía valorando este tipo de indemnizaciones a tanto alzado, limitándose a aminorar el importe del cálculo real del perjuicio, sin unos parámetros claros de referencia, sin embargo, en la sentencia comentada, por el contrario, sí se utiliza un cálculo más riguroso y objetivo, fijando un porcentaje en función de una serie de circunstancias concurrentes.

Para los profesionales sanitarios: Refuerza la obligación de informar de forma clara, completa y comprensible sobre todas las alternativas terapéuticas viables, sus riesgos típicos y sus beneficios. La sentencia subraya la importancia de dejar constancia documental fehaciente de que este proceso informativo se ha llevado a cabo correctamente, especialmente en situaciones con antecedentes de riesgo como un parto tras una cesárea previa. Para la protección de los derechos del paciente: Consolida el principio de autonomía como un pilar fundamental de la relación médico-paciente. La decisión judicial vincula la vulneración de este derecho con sus consecuencias materiales, otorgando una reparación más íntegra y efectiva y reconociendo que la capacidad de decidir no es un derecho formal, sino una oportunidad real de evitar un resultado adverso.

En definitiva, el Tribunal Supremo establece que la privación de información relevante no es una mera infracción formal, sino la sustracción de una oportunidad real de eludir un daño, ofreciendo una solución ponderada y equitativa que sin duda marcará la litigación futura en materia de responsabilidad sanitaria.



jurisprudencia

Tribunal Supremo

RESPONSABILIDAD CIVIL

El Tribunal Supremo establece dos criterios fundamentales para el cálculo de la indemnización por ayuda de tercera persona: en primer lugar, aclara que la cuantía de la Tabla 2.C.3 del baremo es un capital indemnizatorio único y no una renta anual multiplicable por la esperanza de vida. En segundo lugar, determina que dicha cantidad debe incrementarse, en ejecución de sentencia y mediante cálculo actuarial, cuando el perjudicado acredite no percibir prestaciones públicas para dicha finalidad

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª),
de 10 de marzo de 2026

Ponente: Excm. Sra. Dña. Mª Carmen Parra Lucán

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes y objeto del recurso*

En el recurso de casación se plantea como cuestión jurídica la interpretación y aplicación del art. 125 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TRLRCSCVM), aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en la redacción dada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Son antecedentes necesarios los siguientes.

1. Cayetano interpuso una demanda de reclamación de los daños y perjuicios derivados del accidente de tráfico que tuvo lugar cuando la motocicleta que conducía vio interrumpida

su trayectoria por el vehículo Fiat Punto matrícula NUM000, asegurado en Línea Directa Aseguradora. Alegaba que como consecuencia del accidente sufrió graves lesiones y solicitaba una indemnización de 552.607,91 euros, más el interés del art. 9 TRLRCSCVM. Explicaba que el importe de la indemnización se fijó con arreglo a las cuantías fijadas en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma de la LRCSCVM, conforme al desglose efectuado en la demanda.

En lo que aquí interesa, el demandante solicitaba en concepto de perjuicio patrimonial por gastos por necesidad de ayuda de tercera persona (arts. 120 a 125 TRLRCSCVM) la cantidad de 193.158 euros, importe que reclamaba de forma provisional a reserva de los cálculos del perito actuario cuya designación judicial solicitaba.

2. La parte demandada contestó y se opuso a la forma en la que se había producido el accidente, señaló que concurría culpa concurrente de la víctima, y solicitó una reducción de la cuantía indemnizatoria en un tercio de la cantidad reclamada. Se opuso a la valoración del daño corporal, tanto por el periodo de incapacidad temporal como por la reclamación efectuada por secuelas funcionales y estéticas, discrepó en parte de la reclamación por perjuicio particular por pérdida de calidad de vida, por la reclamación por gastos de asistencia sanitaria futura y por lucro cesante. Por lo que aquí interesa, también se opuso a la reclama-

ción de los gastos de ayuda de tercera persona y negó su procedencia por considerar que no se cumplían los presupuestos legales para su concesión. Finalmente, se allanó al importe de 76.917 euros conforme a la oferta motivada cursada a los efectos del art. 7 TRLRCSCVM, que luego, tras la exploración del lesionado por los peritos designados procedió a aumentar a 94.538 euros.

3. La sentencia de primera instancia estimó en parte la demanda y condenó a la demandada al pago de 327.646,91 euros. Declaró además la procedencia de deducir de esa suma las cantidades entregadas a cuenta. También condenó a pagar el interés previsto en el art. 20 LCS y no impuso las costas.

En lo que aquí interesa, el juzgado rechazó la procedencia de la cantidad solicitada por ayuda de tercera persona al considerar que no había quedado acreditada la necesidad. En particular, se refirió al dictamen del Sr. Carlos Antonio, en el que se señalaba que no necesitaba ayuda de tercera persona para las actividades de la vida diaria, y se precisaba que, en todo caso, necesita supervisión, pero sin determinar el número de horas. Además tuvo en cuenta que el actor no acreditaba que sus necesidades precisen de una persona especializada en atención a personas con discapacidad, pues tal y como se constaba en el informe de los detectives privados, el demandante cuenta con autonomía para muchas actividades de la vida.



4. La sentencia del juzgado fue recurrida en apelación por las dos partes. La sentencia de la Audiencia desestimó el recurso de apelación de la entidad demandada y estimó en parte el del demandante, aumentando el importe de la condena a la suma de 479.413,91 euros. En lo que aquí interesa, la Audiencia fijó en 151.767 euros la indemnización correspondiente al concepto de ayuda de tercera persona.

Tras citar los arts. 120 y 121 TRLRCSVM, la Audiencia añade:

«Considerando dichos preceptos y siendo que, como se reclama, procede su estimación. En ordena la cuantía, el demandante ciertamente sufre limitaciones sensoriales y cognitivas muy importantes, pero también es notorio que no está afectado de limitación de movilidad, realiza actividades ordinarias (incluida conducción de vehículos) y todos los peritos coincidieron en que solo necesita cierta supervisión, sin tener afectada su autonomía personal; por ello, debe estimarse sustancialmente la pretensión y concluir con una ayuda de 2 horas diarias que, habida cuenta que no es necesaria que se preste por personal cualificado, debe ser calculada de acuerdo con el importe de hora aplicable a empleados del hogar. En atención a ello, admitiendo una esperanza de vida de 26,91 años, el importe hora se fija a razón de 7,7 euros, y la indemnización, por este concepto, alcanza la cantidad de 151.767 euros».

Línea Directa pidió aclaración y/o complemento de la sentencia interesando que se aclarase el método de cálculo empleado para la fijación de la cuantía indemnizatoria en concepto de ayuda de tercera persona. Alegó que se había obviado la metodología fijada legalmente para su cálculo conforme a lo establecido en los arts. 123, 124 y 125 TRLRCSVM. La petición fue desestimada por auto de 13 de noviembre de 2020.

5. Línea Directa ha interpuesto un recurso de casación.

SEGUNDO.- Recurso de casación. Planteamiento. Oposición de la parte recurrida. Decisión de la sala. Estimación parcial del recurso. Asunción de la instancia

1. Planteamiento. El único motivo del recurso se interpone al amparo del art. 477.2.3.º LEC y denuncia la infracción del art. 125 TRLRCSVM en la redacción dada por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

La recurrente invoca la existencia de interés casacional por aplicación de norma de vigencia inferior a cinco años. Sostiene que la sentencia recurrida no aplica la normativa específica contenida en los arts. 120 a 125 TRLRCSVM y establece la condena a pagar la suma de 151.767 euros por este concepto cuando dicha cuantía no está regulada expresamente en la norma ni en las tablas complementarias. Sostiene que el cálculo correcto conforme a dicha normativa es de 8.349,08 euros, que es la cuantía indemnizatoria final que queda establecida en la tabla 2.C.3, sin que esa cantidad deba multiplicarse por la esperanza de vida de 26,91 como realiza la sentencia de apelación, acogiendo en parte la tesis del apelante.

En el desarrollo del motivo argumenta, en síntesis: que el art. 125 TRLRCSVM, para fijar las cuantías, ya tiene en cuenta, entre otros factores y parámetros, la duración de la necesidad de ayuda de tercera persona establecida desde la fecha de estabilización de las secuelas hasta el fallecimiento de la víctima; que el art. 125.5 TRLRCSVM establece la posibilidad de que para determinar el multiplicador se establezcan reglamentariamente otros criterios complementarios que tengan en cuenta otras contingencias relativas al lesionado, pero que a fecha de hoy no consta ninguna disposición reglamentaria que fundamente una modificación de la cuantía establecida legalmente; que el art. 125.6 TRLRCSVM permite que pueda acreditarse la percepción de prestaciones públicas distintas a las estimadas en las bases técnicas actuariales, pero que el demandante no ha acreditado ningún tipo de percepción, por lo que no puede alterar la cuantía establecida legalmente; que el demandante no ha aportado informe actuarial emitido por perito con dicha titulación y competencia, por cuanto la designación del perito Sr. Pelayo, designado por insaculación a propuesta del demandante, no ostenta cualificación para emitir dicho informe, no siguió la metodología establecida legalmente, y efectuó un cálculo de la prestación del servicio durante 24 horas cuando la tabla 2.C.2 limita a dos el número de horas. De manera general se refiere a la necesidad de estar a los parámetros establecidos legalmente en las tablas y bases actuariales específicamente creadas por el legislador para que no exista disparidad de valoraciones y cálculos por abandonar el sometimiento a las cuantías establecidas legalmente.

Termina solicitando que se declare que la sentencia recurrida incurre en infracción del art. 125 TRLRCSVM y que, en consecuencia, se case y revoque y se dicte nuevo pronunciamien-

to por el que se condene a la recurrente a abonar la cantidad establecida legalmente para el supuesto enjuiciado, y que asciende a la cantidad de 8.349,08 euros por el concepto de ayuda de tercera persona.

2. Oposición de la parte recurrida. En cuanto al fondo, alega que la pretensión de la recurrente se opone al mandato del propio legislador y omite que en los arts. 33, 35, 48, 49 y 125 TRLRCSCVM se autoriza a los tribunales a actualizar los valores de las bases técnicas actuariales y a fijar la indemnización atendiendo al caso concreto (apartados 5 y 6 del art. 125). Argumenta que la indemnización no debe fijarse en todos los casos de forma automática e imperativa según los importes de la tabla 2.C.3, sino que la tabla se ha creado como referencia para simplificar el cálculo caso a caso, pero que no excluye que el importe del coste de ayuda de tercera persona pueda calcularse siguiendo una metodología de cálculo similar a la que se recoge en las bases técnicas actuariales, que es lo que hizo en el caso el perito judicial, al seguir el método de cálculo previsto en las bases técnicas actuariales, pero actualizándolo y adaptándolo a las circunstancias personales del demandante, que no percibe prestaciones públicas por dependencia.

Se refiere a que consta en las actuaciones que su cónyuge es la persona que le dispensa a los cuidados, que no obtiene ayuda pública, que los importes de la tabla 2.C.3 están desfasados porque atienden al salario mínimo interprofesional (SMI) de un auxiliar a domicilio vigente en 2012, y desde entonces el SMI se ha incrementado sustancialmente hasta alcanzar el precio 9,19 euros la hora, según los cálculos del perito judicial (insaculado judicialmente, y cuya falta de competencia no fue discutida por la recurrente hasta que vio el informe, que no respondía a sus intereses), y que sobre el método de cálculo del perito la Audiencia sustituyó la variable del salario por el de una persona no cualificada, según se acreditó con el contrato de trabajo y nóminas de la persona que el actor contrató de 15 de marzo de 2016 a 29 de junio de 2016, y de ahí resulta la cantidad fijada por la Audiencia, que optó por uno de los métodos de cálculo que se ofrecían en el recurso de apelación. Señala también que la pretensión de la demandada no es adecuada porque pretende que el coste de la ayuda de tercera persona se establezca según unas hipótesis de trabajo (la tabla 2.C.3) que no es real en el caso concreto, porque aun descontando las hipotéticas ayudas de 153 euros mensuales, que el actor no percibe, la capitalización vitalicia de la ayuda máxima sería de 49.406,76

euros, de modo que, descontando esa cantidad, el demandante tendría un gasto de 102.360,24 euros.

3. Decisión de la sala. Estimación parcial del recurso. Asunción de la instancia.

El recurso de casación, por lo que decimos a continuación, va a ser estimado parcialmente y, por las mismas razones, al asumir la instancia, declararemos lo procedente sobre la denominada indemnización de ayuda de tercera persona.

3.1 En el recurso de casación ya no se discute que, de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 120 y 121 TRLRCSCVM, concurren los presupuestos necesarios para reconocer la ayuda de tercera persona al demandante y que la ayuda requerida, de acuerdo con la tabla 2.C.2 a la que se remite el art. 123 TRLRCSCVM, es de dos horas.

La cuestión jurídica que plantea la recurrente se refiere a la determinación de la cuantía indemnizatoria. Lo que argumenta es que, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 125.1 TRLRCSCVM, el importe de la indemnización por ayuda de tercera persona es el que consta en la tabla 2.C.3 en la intersección de la fila del número de horas necesarias y la columna de edad correspondiente, sin que haya que multiplicar la cantidad que así resulta por la esperanza de vida. Pero también plantea de una manera más amplia que nos pronunciemos sobre la necesidad de estar a las tablas y bases actuariales creadas específicamente por el legislador.

3.2 Comenzando por esto último, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 1.4 TRLRCSCVM (redactado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre): «Los daños y perjuicios causados a las personas como consecuencia del daño corporal ocasionado por hechos de la circulación regulados en esta Ley, se cuantificarán en todo caso con arreglo a los criterios del Título IV y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo». En el Título IV se contiene el «sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación».

Hay que señalar que en el sistema de límites a la indemnización que supone la existencia de un baremo, las bases técnicas actuariales se apoyan en el sistema valorativo que articula la ley (por lo que se refiere a la ayuda de tercera persona, en el art. 125). A las bases se les dio por el legislador un valor normativo, y originaron las distintas tablas que se publicaron como anexo a la Ley (la tabla 2.C.3, por lo que se

refiere a la ayuda de tercera persona). Otra cosa es que, como apuntaba el informe pericial elaborado en este caso por el Sr. Pelayo, y se desprende de la posterior actualización de las bases técnicas actuariales, la interpretación normativa efectuada al elaborar las bases (y, en consecuencia, las tablas) haya variado, y se ha podido entender que no siempre reflejaban correctamente los criterios preceptivos recogidos en la ley (así, en la Orden ETD/949/2022, de 29 de septiembre, por la que se actualizan las bases técnicas actuariales que sustentan los cálculos del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, se alude a que para el cálculo de las indemnizaciones de ayuda de tercera persona en la tabla 2.C.3 en relación con el art. 124.2 TRLRCSCVM modelizados con estas bases técnicas, se ha tenido en cuenta el criterio de edad proyectada frente al de edad de entrada que se tomaba en cuenta con anterioridad, lo que comportaba que los factores correctores de incremento de necesidad de la ayuda de tercera persona en función de la edad a partir de 50 años solo se hayan de tener en cuenta a partir del año 2022 cuando la víctima estabilizaba antes de esa edad).

3.3 En este caso que juzgamos, el accidente ocurrió el 8 de febrero de 2016, por lo que era de aplicación el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que estableció la Ley 35/2015, de 22 de septiembre. La ley entró en vigor el 1 de enero de 2016 (disp. final quinta), y era aplicable a los accidentes que se produjeran a partir de esa fecha (disposición transitoria de la ley).

La sentencia de la Audiencia no explicita el cálculo exacto que realiza para obtener la suma a la que condenó a la demandada por el concepto de ayuda a tercera persona. Sin embargo, la cantidad que fija es muy próxima a la que resulta de la aplicación de una de las alternativas de cálculo que presentó el demandante en su recurso de apelación (próxima, no idéntica: a 151.767 euros condena la Audiencia, y 151.364,71 euros era una de las alternativas que calculaba el lesionado). En esa alternativa que presentó, junto a otras que conducían a indemnizaciones superiores, el perjudicado no se basaba directamente en la tabla 2.C.3, sino en un cálculo propio en el que tomaba en consideración la esperanza de vida del lesionado (con arreglo a las hipótesis biométricas de esperanza de vida previstas en las bases técnicas actuariales, según el art. 48 TRLRCSCVM y la tabla técnica de esperanza de vida, TT2), las dos horas diarias de ayuda que

correspondían conforme a la tabla 2.C.2, y el coste de la hora diaria que el lesionado había pagado a una empleada doméstica a la que contrató durante un tiempo después del accidente.

Esa propuesta del perjudicado escogida por la Audiencia tampoco se correspondía con el cálculo realizado por el perito judicial según un análisis actuarial, pero atendiendo, como le fue solicitado, a una necesidad de 24 horas diarias (que luego fue fijada en dos horas por la Audiencia), y tomando en consideración un coste estimado de hora en el momento en que redactó el informe, de acuerdo con el convenio colectivo del servicio de atención a personas dependientes, la base mínima de cotización a la Seguridad Social del cuidador y la cotización de empleados cuidadores a la Seguridad Social (respecto de lo cual, la Audiencia entendió que no era necesario que la ayuda se preste por personal cualificado y, por tanto, el coste debía ser calculado de acuerdo con el importe de hora aplicable a empleados del hogar).

En definitiva, los cálculos que respaldan la decisión de la Audiencia, con apoyo en una de las propuestas presentadas por el propio perjudicado, como dice la recurrente, no resultan de la aplicación de la tabla 2.C.3 de ayuda a tercera persona, a la que se remite el art. 125 TRLRCSCVM.

3.4 Conforme a la redacción que dio el art. único.7 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, al art. 125 TRLRCSCVM («Determinación de la cuantía indemnizatoria mediante multiplicando y multiplicador») este precepto disponía:

- «1. El importe de la indemnización por ayuda de tercera persona es el que consta en la tabla 2.C.3 en la intersección de la fila del número de horas necesarias y la columna de edad correspondiente.
- »2. Esta cuantía se obtiene de multiplicar el multiplicando del coste de los servicios por el coeficiente del multiplicador.
- »3. El multiplicando del coste de los servicios se obtiene de calcular, en cómputo anual, el coste económico de las horas necesarias de ayuda de tercera persona. El precio hora de estos servicios se establece en el equivalente a 1,3 veces la hora del salario mínimo interprofesional anual.
- »4. El multiplicador es el coeficiente que para cada lesionado resulta de combinar los factores siguientes:

»a) las percepciones públicas para ayuda de tercera persona a las que tenga derecho el lesionado,

»b) la duración de la necesidad de ayuda de tercera persona, establecida desde la fecha de estabilización de las secuelas hasta el fallecimiento de la víctima,

»c) los factores de incremento de necesidad de ayuda de tercera persona en función de la edad, previstos en el artículo 124,

»d) el riesgo de fallecimiento y

»e) la tasa de interés de descuento, que tiene en cuenta la inflación.

»5. A los efectos de determinar el multiplicador podrán establecerse reglamentariamente otros criterios complementarios que tengan en cuenta otras contingencias relativas al lesionado y que sirvan a la mejor individualización del perjuicio.

»6. Las prestaciones públicas para ayuda de tercera persona a las que tenga derecho el lesionado se estiman de acuerdo con las bases técnicas actuariales, pero puede acreditarse la percepción de prestaciones distintas a las estimadas».

Lo que plantea la recurrente sobre la improcedencia de utilizar la cifra que consta en la tabla 2.C.3 (necesidad de ayuda de tercera persona) como una renta anual que debe multiplicarse por la esperanza de vida del lesionado, ha sido clarificado por la Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. La Ley 5/2025 ha introducido precisamente en el art. 125.1 TRLRCSCVM el término «capital» para precisar que el importe de la indemnización que figura en la tabla 2.C.3 es el capital, no una renta anual que deba multiplicarse por la esperanza de vida para calcular el importe del crédito resarcitorio que debe satisfacerse por el concepto de ayuda de tercera persona. En realidad, tal interpretación resultaba con anterioridad a la reforma de 2025, porque la edad del lesionado era un factor que se toma ya en consideración en el art. 125.4, que cuando se refiere al multiplicador actuarial como coeficiente que para cada lesionado resulta de combinar una serie de factores, tiene en cuenta en la letra b) «la duración de la necesidad de ayuda de tercera persona, establecida

desde la fecha de estabilización de las secuelas hasta el fallecimiento de la víctima», y en la letra c), «los factores de incremento de necesidad de ayuda de tercera persona en función de la edad».

3.5 Ahora bien, que la recurrente tenga razón al cuestionar la forma en la que la Audiencia Provincial ha determinado la cuantía de la indemnización por ayuda de tercera persona, no significa que también la tenga en su conclusión de que solo debe ser condenada a pagar la cuantía que resulta de la intersección de la fila del número de horas necesarias y la columna de edad correspondiente en la tabla 2.C.3 en la tabla. Ello por dos razones.

En primer lugar, porque en la redacción que la Ley 35/2015 dio al art. 40 TRLRCSCVM, con carácter general, se prevé para las cuantías del crédito resarcitorio una actualización valorista al momento en que se fijan en la resolución judicial. Ello, de manera compatible con la actualización del coste de los servicios de ayuda de tercera persona baremado (basado en el valor económico atribuido a cada hora en los términos previstos en el art. 125.3 TRLRCSCVM al fijar el multiplicando), cuya actualización estaba prevista en el art. 49.2 TRLRCSCVM (en la redacción dada por la Ley 35/2015) conforme a las propias bases técnicas actuariales (que, entre los factores que deben combinarse para calcular el multiplicador actuarial incluyen la tasa de interés de descuento, que tiene en cuenta la inflación, art. 125.4.e. TRLRCSCVM).

En segundo lugar, porque el art. 125.6 TRLRCSCVM permite un resarcimiento individualizado del daño por necesidad de tercera persona cuando el lesionado acredite la percepción de prestaciones diferentes a las que se estimaron en las bases técnicas actuariales y quedaron reflejadas en las tablas. Por consiguiente, cuando no perciba prestación alguna, la aplicación del precepto permite incrementar la indemnización prevista en la tabla 2.C.3.

3.6 Debemos dejar constancia de que la Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TRLRCSCVM), por lo que interesa ahora en relación con la ayuda de tercera persona, además de la modificación del art. 123.3 (cuando existe una necesidad de ayuda de tercera persona por un estado previo al accidente que resulte agravado) y la introducción de un nuevo 123.4 (sobre el redondeo de las fracciones de hora de ayuda necesitada a la más alta),

ha reformado el art. 49.2 y el art. 125.1 y 6 TRLRCSCVM (a la modificación del art. 125.1 nos hemos referido ya; por lo que se refiere al nuevo art. 125.6, la reforma se dirige a precisar que solo corresponde al perjudicado, no a la aseguradora, acreditar la percepción de prestaciones distintas a las estimadas).

Así, el art. 49.2 TRLRCSCVM ha pasado a tener la siguiente redacción:

«Las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona no se actualizan, sino que se modifican mediante la correspondiente revisión de las bases técnicas actuariales. Para los accidentes ocurridos con anterioridad a cada modificación, se aplicarán las tablas vigentes en el momento del fallecimiento o de la estabilización de las secuelas actualizadas en el momento del pago con el índice general de precios al consumo aplicable. Las tablas de lucro cesante y ayuda de tercera persona que resulten modificadas tras cada revisión de las bases técnicas se aprobarán por orden ministerial de la persona titular del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, sin perjuicio de la facultad del Consejo de Ministros para modificar todas las tablas del anexo de acuerdo con lo previsto en la disposición final segunda».

Conforme a la disp. final novena de la Ley 5/2025, de 24 de julio, esta ley entró en vigor el día 26 de julio de 2025 (el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado»), con alguna excepción. En particular, las modificaciones del título IV del TRLRCSCVM (título añadido por la Ley 35/2015, y en el que se contiene el «sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación»),

«se aplicarán a los accidentes de circulación ocurridos tras la entrada en vigor de la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 38.2 del mencionado texto refundido y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 49.2 del mismo texto refundido».

Para los accidentes de circulación ocurridos tras la entrada en vigor de la ley, de conformidad con la regla del art. 38.2 TRLRCSCVM, los conceptos perjudiciales indemnizables, los criterios para su determinación y los demás elementos relevantes para la aplicación del sistema, son los vigentes a la fecha del accidente. Por lo que se refiere a las tablas de ayuda de tercera persona, el art. 49.2 TRLRCSCVM, alude a su modificación mediante la revisión periódica de las bases técnicas actuariales, y establece

que, para los accidentes ocurridos con anterioridad a cada modificación, «se aplicarán las tablas vigentes en el momento de la estabilización de las secuelas actualizadas en el momento del pago con el índice general de precios al consumo aplicable». El precepto no distingue entre accidentes previos y posteriores a la reforma, sino anteriores o posteriores a cada modificación de las tablas, de modo que, desde su vigencia, es aplicable también a los siniestros anteriores a la entrada en vigor de la ley el 26 de julio de 2025, lo que permite someter la cuantía de la indemnización a un criterio valorista a la cuantía de la ayuda a terceras personas conforme al índice general de precios al momento del pago.

3.7 En el caso que juzgamos, el accidente tuvo lugar el 8 de febrero de 2016, y la estabilización de las lesiones se produjo a los 645 días, esto es en el año 2017. De conformidad con lo expuesto, para la indemnización de ayuda de tercera persona, debe partirse de las cuantías vigentes en la tabla en el momento de la estabilización de las lesiones, que es la tabla publicada como anexo a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, cuya aplicación es requerida por la demandada recurrente en casación. Pero la cuantía baremada debe ser actualizada en el momento del pago con arreglo al índice general de precios al consumo aplicable.

3.8 Por lo que se refiere a lo dispuesto en el art. 125.6 TRLRCSCVM, en este caso que juzgamos no ha quedado acreditado que el demandante perciba ninguna prestación pública por ayuda de tercera persona. El perjudicado ha negado percibir prestación alguna, alegando que, en atención a su patrimonio, no tiene derecho porque no cumple los requisitos requeridos por la normativa autonómica aplicable.

El informe pericial dejó constancia que de la cifra que alcanzaba con su cálculo actuarial debería deducirse el importe de las prestaciones públicas para ayuda de tercera persona a que tuviera derecho el perjudicado. Y en los cálculos del perjudicado, y en los que se apoyó la sentencia recurrida, no se tuvo en cuenta este concepto porque se basaban en que no se percibía ninguna prestación pública.

Ahora bien, la perspectiva cambia una vez que hemos declarado que lo correcto es partir de la tabla 2.C.3. Por aplicación de lo dispuesto en el art. 125.6 TRLRCSCVM, la cuantía que resulta de la tabla debe incrementarse con la cantidad que la tabla descuenta por estimar como hipótesis que se percibe una prestación pública,

ya que no ha quedado acreditado en las actuaciones que el demandante tenga reconocida ni por tanto cobre prestación alguna.

Esta cantidad que debe sumarse a la que resulta de la tabla deberá determinarse en ejecución de sentencia con arreglo a técnicas actuariales, tomando en consideración que en la tabla de 2015 se incluía como hipótesis que el perjudicado recibía la prestación pública de dependencia conforme a las cuantías vigentes con arreglo a las normas reglamentarias dictadas al amparo de lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

3.9 Resumiendo lo dicho hasta ahora, procede casar la sentencia por lo que se refiere a la indemnización fijada por ayuda de tercera persona y, al asumir la instancia, por las razones expuestas, procede declarar que la indemnización fijada por ayuda de tercera persona es la que corresponde a la tabla 2.C.3 del año 2015 (8.349,08 euros), incrementada por la cantidad que se determine en ejecución de sentencia con arreglo a técnicas actuariales, de conformidad con lo expuesto en el apartado 3.8 de este fundamento de derecho segundo, por no haber quedado acreditado que Cayetano perciba ninguna prestación pública para ayuda de tercera persona. La suma de las dos cantidades deberá actualizarse conforme al índice de precios al consumo en el momento del pago.

Ahora bien, dado que ha recurrido la entidad demandada, el incremento de la cantidad que debe abonar por el concepto de ayuda de tercera persona no podrá superar en ningún caso la cantidad a la que le condenó la sentencia recurrida, para evitar infringir el principio que impide la *reformatio in peius*, esto es, empeorar la situación del único recurrente.

TERCERO.- Costas

La estimación parcial del recurso de casación determina que no se impongan las costas devengadas por este recurso.

Se mantiene el pronunciamiento de la sentencia recurrida sobre las costas de las instancias.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1º- Estimar parcialmente el recurso de casación interpuesto por Línea Directa Aseguradora Compañía de Seguros y Reaseguros contra la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 19.ª) de 7 de octubre de 2020, dictada en el rollo de apelación n.º 272/2020 y dimanante del juicio ordinario n.º 585/2018 del Juzgado de Primera Instancia n.º 48 de Madrid.

2º- Casar dicha sentencia en el único extremo de declarar que la indemnización fijada por ayuda de tercera persona es la que corresponde a la tabla 2.C.3 del año 2015 (8.349,08 euros), incrementada por la cantidad que se determine en ejecución de sentencia con arreglo a técnicas actuariales, de conformidad con lo expuesto en el apartado 3.8 del fundamento de derecho segundo de esta sentencia, por no percibir Cayetano prestación pública para ayuda de tercera persona. La suma de las dos cantidades deberá actualizarse conforme al índice de precios al consumo en el momento del pago, sin que la demandada pueda resultar condenada por el concepto de ayuda de tercera persona a pagar una cantidad superior a la fijada por este concepto por la sentencia recurrida.

3º- No imponer las costas devengadas por el recurso de casación y ordenar la restitución del depósito constituido.

Líbrese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa. Así se acuerda y firma.

Por **María del Carmen Ruiz-Matas Roldán**
Abogada

Nos encontramos con una de esas Sentencias que muchos estábamos esperando por parte de nuestro Tribunal Supremo, pues viene a aclarar uno de los muchos aspectos que aún provocan litigio continuo acerca de la interpretación y aplicación del Sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación Anexo en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. En este caso se trata de la aplicación del concepto indemnizatorio por daño patrimonial consistente en ayuda de tercera persona y previsto en los artículos 120 a 125 del citado texto normativo. Se trata una sentencia explícita, de redacción clara que facilita su lectura y comprensión y con unos fundamentos concluyentes que no dejan duda acerca de la interpretación correcta de la norma que se aplica.

Antecedentes del asunto

Se trata de un asunto por accidente de tráfico donde el conductor de una motocicleta que sufrió graves lesiones, solicitaba una indemnización de 552.607,91 euros, incluyendo entre los daños solicitados el concepto indemnizatorio de perjuicio patrimonial por necesidad de ayuda de tercera persona en la cuantía de 193.158 euros, cantidad que fijaba de forma provisional remitiéndose para su fijación definitiva al importe que resultara del informe del perito actuario que se designara judicialmente. Frente a dicha solicitud la aseguradora

Finalmente la sentencia de la Audiencia fue recurrida por la entidad aseguradora en casación, aludiendo interés casacional por aplicación de una norma de vigencia inferior a los cinco años, y alegando que se había obviado lo dispuesto en los artículos 120 a 125 TRLRCSCVM, concediendo una cuantía que no se correspondía con lo expresamente previsto en dichas normas y en sus tablas complementarias, en este caso la tabla 2.C.3.

demandada se opuso a la reclamación de los gastos de ayuda alegando que no se cumplían los requisitos legales para la concesión de dicho concepto indemnizatorio, así como que no se habían cumplido tampoco con los presupuestos establecidos en las normas para su cuantificación.

La primera Instancia

La sentencia de primera instancia estimó en parte la demanda y condenó a la demandada al pago de 327.646,91 euros, excluyendo la indemnización solicitada en concepto de ayuda de tercera persona al considerar que no se habían acreditado los presupuestos necesarios que hicieran ver la necesidad de dicha prestación por parte de la víctima, y ello en atención a la pericial practicada.

Decisión de la Audiencia Provincial

Esta sentencia fue recurrida en apelación por ambas partes, y la Audiencia Provincial desestimó el recurso de apelación de la aseguradora demandada y estimó en parte el formulado por la víctima aumentando el importe de la condena a la suma de 479.413,91 euros, destacando aquí por cuanto es objeto de nuestro comentario, que en esta sentencia de segunda instancia sí se reconoció la procedencia de ayuda de tercera persona y se cuantificó en la cuantía de 151.767

Se fijó dicha ayuda en 2 horas diarias, determinando que no debía ser prestada por personal cualificado, y que por tanto debería ser cuantificada de acuerdo con el importe de hora aplicable a empleados del hogar, admitiendo una esperanza de vida de 26,91 años y fijando el importe hora a 7,7 euros, con un cálculo total por dicho concepto de los antes anunciados 151.767 euros.

La aseguradora demandada pidió aclaración de la sentencia interesando en cuanto al método de cálculo empleado para la fijación de la cuantía indemnizatoria en concepto de ayuda de tercera persona, siendo desestimada dicha aclaración.

Motivos y Fundamentos del Recurso de Casación

Finalmente la sentencia de la Audiencia fue recurrida por la entidad aseguradora en casación, aludiendo interés casacional por aplicación de una norma de vigencia inferior a los cinco años, y alegando que se había obviado lo dispuesto en los artículos 120 a 125



TRLRCSCVM, concediendo una cuantía que no se correspondía con lo expresamente previsto en dichas normas y en sus tablas complementarias, en este caso la tabla 2.C.3.

En este sentido, la sentencia que analizamos da respuesta a este conflicto aclarando que el cálculo para determinar la cuantía procedente en concepto de indemnización por ayuda de tercera persona debe realizarse de forma obligatoria atendiendo a lo dispuesto en los artículos 120 a 125 TRLRCSCVM y por tanto de acuerdo a las cuantías contenidas en la tabla 2.C.3, añadiendo de forma expresa que la cantidad resultante de dicha tabla es un capital, y no una renta anual que deba multiplicarse por la esperanza de vida para calcular el importe de crédito resarcitorio en el que debe indemnizarse. Es el ya citado artículo 125 el que incluye el término capital y por tanto se excluye esa otra posibilidad que fue la solicitada por el demandante en este caso y la estimada por la Audiencia. No se permite por tanto otro método para el cálculo de la indemnización como proponía el actor en este asunto, ni se puede obviar la aplicación de las tablas que expresamente la norma incorpora para la determinación de la cuantía procedente en atención a los parámetros o variables determinados en las mismas.

Para mayor comprensión del asunto la Sala diferencia la situación existente en torno a este concepto indemnizatorio antes y después de la reforma del 2025, Ley 5/2025 de 24 de julio, pues ahora, tras dicha reforma, el artículo 125.4 al referirse al multiplicador actuarial como coeficiente que para cada lesionado resulta de combinar una serie de factores, tiene en cuenta tanto la duración de la necesidad de esa ayuda como la edad de la víctima, por lo que se elimina la posibilidad de convertir ese capital en renta anual considerando nuevamente la duración de dicha prestación en virtud de los años que tenga el lesionado.



En definitiva, y aunque de un estudio en conjunto del sistema legal de valoración, así como del funcionamiento de las normas y tablas que lo componen y de los principios que lo inspiran, ya hacían adivinar cuál era la interpretación de este concepto indemnizatorio acorde al texto legal, sin duda alguna esta Sentencia añade luz a uno de los conceptos indemnizatorios que vienen causando confusión en torno a la interpretación de las normas del baremo.



Añadido de la Sala

No obstante lo anterior, el TS en esta sentencia recuerda que también la Ley 5/2025 de 24 de julio, ha dado a través del artículo 40 TRLRCSCVM una actualización valorista a las cuantías al momento en el que sean fijadas a través de la correspondiente resolución judicial, y además que el artículo 125.6 del mismo texto legal permite un resarcimiento individualizado del daño por necesidad de tercera persona, permitiendo el incremento de la cuantía procedente cuando el lesionado acredite que no es beneficiario de las prestaciones sociales que tienen en cuenta las bases actuariales reflejadas en el cálculo de la tabla

2.C.3. En este sentido y es de gran interés recordarlo a efectos de determinación del cálculo, el artículo 49.2 TRLRCSCVM refiere que la modificación de las cuantías para ayuda de tercera persona se realizará mediante la revisión periódica de las bases actuariales que será aprobada por orden ministerial, pero la Sala nos precisa que para aquellos accidentes ocurridos antes de cada modificación se aplicarán las cuantías vigentes en las tablas al momento de la estabilización de las secuelas pero actualizadas en el momento del pago de acuerdo al índice general de precios al consumo aplicable.

Por último, y en cuanto a la determinación de la cuantía final determinada por la Sala en concepto de ayuda por tercera persona, debemos destacar cómo en este caso el TS considera acreditado la no existencia de pensión alguna por prestación social a favor del lesionado, reconociendo por tanto que la cuantía que resulta tras la aplicación de la tabla 2.C.3. debe ser incrementada en el importe que corresponda tras realizar el correspondiente ajuste de acuerdo a los cálculos actuariales correspondientes, dejando así la fijación de la cuantía para la fase de ejecución.

En definitiva, y aunque de un estudio en conjunto del sistema legal de valoración, así como del funcionamiento de las normas y tablas que lo componen y de los principios que lo inspiran, ya hacían adivinar cuál era la interpretación de este concepto indemnizatorio acorde al texto legal, sin duda alguna esta Sentencia añade luz a uno de los conceptos indemnizatorios que vienen causando confusión en torno a la interpretación de las normas del baremo, dando un paso más en la unificación de criterios jurisprudenciales que sin duda alguna nos hacen avanzar en la afirmación del principio de seguridad jurídica.



perlas cultivadas

por José María Hernández-Carrillo Fuentes
Abogado

Dos virtudes adornan la sentencia nº 179/2026, de 27 de febrero, de la Sala 2ª del Tribunal Supremo -ponente Excmo. Sr Don Manuel Marchena Gómez-, la primera, la “interpretación flexible del concepto de norma penal sustantiva” consolida que el recurso de casación por la vía que ofrece el art 849.1 de la LECrim -infracción en los hechos declarados probados de norma penal sustantiva-, no limita “su ámbito a las normas penales en sentido estricto, sino” que abarca “aquellos otros supuestos de incorrecta aplicación de los artículos 109 y 117 del CP que hayan conducido a la fijación de una cuantía, a partir de una interpretación de la póliza de cobertura, que no se ajuste a los principios que informan el deber de reparación del daño causado”. Es una puerta abierta de valiosísimas posibilidades en el ámbito del Derecho del seguro, responsabilidad civil y reparación del daño (veremos una visión divergente en la tercera sentencia que analizo Nº 180/2026, de 27 de febrero, de la Sala 2ª del Tribunal Supremo); y la segunda, la concreción exacta del concepto de unidad de siniestro -como base de la prestación indemnizatoria (única, o múltiple) que ha de asumir una compañía aseguradora, si se da A) “una misma causa eficiente como factor desencadenante en todos los perjuicios ocasionados, “ B) “La proximidad cronológica en las distintas secuencias delictivas declaradas probadas “en distintos procedimientos, esto es “existe unidad de siniestro cuando los perjuicios ocasionados solo son explicables por su afectación al intereses asegurado y cuando entre uno y otro pueda afirmarse una conexión funcional económica”.

El “concepto de unidad de siniestro” “contribuye a delimitar el límite máximo de indemnización y, en no pocos casos, el número de siniestros computables a efectos de ser abarcados en el deber de reparar” y su correcta definición evita “la fragmentación artificiosa del siniestro para maximizar coberturas, o la agregación abusiva por el asegurador para reducir su exposición”

Es un supuesto de cooperación necesaria de un delito continuado de administración desleal societaria que genera una responsabilidad civil a favor del FROB (Fondo de Reestructuración y Ordenación bancaria) a cargo de los condenados, una entidad bancaria y, en base a la póliza de seguro vigente, una entidad aseguradora, y esta sentencia confirma la recurrida de la Audiencia Nacional, que considera que las indemnizaciones acordadas por los hechos imputados a uno de los condenados en un procedimiento penal previo también en dicha Audiencia y las que fueron definidas en la presente causa “ presenta unidad siniestral”, y por tanto, “las indemnizaciones aquí acordadas estarían afectas por el límite máximo representado por millones de euros” ya alcanzado en aquella causa precedente, lo que supondría el agotamiento de la póliza en cuanto a su límite de cobertura.

“Decíamos en la STS 365/2013, 20 de marzo -citada también por las SSTs 348/2023, 11 de mayo; 212/2019, 23 de abril; 341/2020, 22 de junio y 809/2022, 7 de octubre, entre otras- ... «no se trata de sostener la asegurabilidad del dolo -que no cabe sino de indagar si el legislador de 1980, ... ha establecido una regla en el sentido de hacer recaer en el asegurador la obligación de indemnizar a la víctima de la conducta dolosa del asegurado. El automático surgimiento del derecho de repetición frente al causante del daño salva el dogma de la inasegurabilidad del dolo.

La acción directa otorga a la víctima un derecho propio que no deriva solo del contrato sino también de la ley. Por tanto no se ve afectado por las exclusiones de cobertura. Al asegurador sólo le queda la vía del regreso. Que el regreso fracase por insolvencia del asegurado es parte de su riesgo como empresa».

Sin embargo, **lo cierto es que esta Sala ha evolucionado hacia una interpretación flexible del concepto de norma penal sustantiva como fundamento del recurso de casación por la vía que ofrece el art. 849.1 de la LECrim, hasta el punto de que no limita su ámbito a las normas penales en sentido estricto, sino a aquellos otros supuestos de incorrecta aplicación de los arts. 109 y 117 del CP que hayan conducido a la fijación de una cuantía, a partir de una interpretación de la póliza de cobertura, que no se ajuste a los principios que informan el deber de reparación del daño causado....No faltan precedentes en este sentido.**

...Es el caso, por ejemplo, de la STS 865/2015, 14 de enero (caso Prestige)... En la STS

649/2020, 1 de diciembre, definíamos la responsabilidad civil ex delicto de un Letrado...Y en las SSTs 20 de abril de 2011 (RC 1226/2007) y de 15 de julio de 2009, RC 2653/2004)...

“...el clausulado de una póliza de seguros nunca puede ser considerado como una norma penal de carácter sustantivo. Sin embargo,... su invocación puede ser necesaria para concluir la correcta o incorrecta aplicación del principio de general que proclama el art. 109 del CP. De hecho, la discusión acerca del concepto de unidad de siniestro y su aplicación al presente caso es indispensable para determinar el alcance funcional y cuantitativo de la cobertura cuando un mismo hecho o secuencia causal produce una pluralidad de daños o reclamaciones.”

...La resolución de instancia ha estimado la existencia de una unidad de siniestro que conduce de forma indefectible a limitar la reclamación del FROB a los términos cuantitativos en los que ese deber de indemnizar había sido definido en la póliza suscrita entre la entidad C y el Banco de V.

Es cierto que el concepto de unidad de siniestro, sin ser propiamente un término legal incorporado a la Ley de Contrato de Seguro, representa un criterio técnico-jurídico que permite individualizar el riesgo al que se somete la aseguradora. Contribuye a delimitar el límite máximo de indemnización y, en no pocos casos, el número de siniestros computables a efectos de ser abarcados en el deber de reparar.

Su correcta definición hace realidad el principio de equilibrio prestacional entre la aseguradora y el obligado a indemnizar. De lo que se trata, al

fin y al cabo, es de evitar la fragmentación artificiosa del siniestro para maximizar coberturas o la agregación abusiva por el asegurador para reducir su exposición.

Esta idea de no ruptura del equilibrio prestacional está certeramente expresada ... cuando invoca reglas elementales de sentido común. ... hay que tener en cuenta -se razona- que la prima del seguro se calcula en relación con la cantidad asegurada, y que cuanto más arriesga el seguro, más alta es la prima. C cobró una prima de solo 40.000 euros porque el límite total del riesgo que asumía era de 6 de millones de euros, que es el límite de la póliza. Si el límite fuese individual para cada siniestro, estaríamos ante una situación absurda e injusta: C habría asumido un **riesgo infinito** por una sola prima de 40.000 euros.

Con similar inspiración, el Ministerio Fiscal razona que la interpretación que postula el Abogado del Estado de que se consideren siniestros separados, conllevaría una indemnización, por un mismo siniestro, que sobrepasaría con creces el límite indemnizatorio fijado en la póliza suscrita de 6 millones de euros, provocando un enriquecimiento ilícito en el FROB, a costa de la compañía aseguradora.

...La unidad de siniestro que está en la base de la prestación indemnizatoria que ha de asumir C es proclamada por el Tribunal a quo a partir de la idea de «...que ambos procesos recogen hechos de idéntica naturaleza, con independencia de que en el presente caso se estime la participación de otras personas, y la identidad asimismo del título por el que el FROB adquiere la condición de perjudicado...».

El laconismo de este razonamiento ... es suficiente para concluir el acierto de la decisión recurrida.

*El Tribunal a quo podía haberse valido de otros criterios para concluir esa unidad de siniestro. Identificar la misma causa eficiente como factor desencadenante en todos los perjuicios ocasionados -en el presente caso, la contumaz administración de fondos ajenos en perjuicio de la entidad bancaria de la que E era director y consejero delegado- puede ser un dato, no decisivo, pero de importante valor interpretativo. También lo es la proximidad cronológica en las distintas secuencias delictivas que han sido declaradas probadas en distintos procedimientos. **En definitiva, cuando los perjuicios ocasionados sólo son explicables por su afectación al interés asegurado y cuando entre uno y otro pueda afirmarse una conexión funcional o económica, la unidad de siniestro podrá ser afirmada.***

Sea como fuere, en el caso que nos ocupa la corrección del criterio de la Audiencia Nacional está fuera de cualquier duda. Basta la lectura combinada de dos de las cláusulas incorporadas al acuerdo firmado entre la entidad aseguradora Cy el Banco de V.

En efecto, el art. 5 establece lo siguiente:

«1.- A los efectos de este seguro, se considerará como un solo y único siniestro:

- El conjunto de reclamaciones que se derivan de un mismo hecho siniestral; por acto incorrecto; por acción u omisión de carácter profesional; cualesquiera que sea el número de reclamantes.

- Todas las reclamaciones que tengan su origen en una

misma causa, aunque se trate de hechos aislados, sucesivos, repetidos o continuados, aun cuando eventualmente puedan realizarse en forma interrumpida serán consideradas.

- El conjunto de consecuencias resultantes de varios actos incorrectos y/o daños a expedientes o documentos atribuidos a un mismo hecho.

2.- Se considerará como fecha del siniestro la de la recepción por el alto cargo asegurado de la primera reclamación o notificación de la misma, o conoce por primera vez la posibilidad de recibir una reclamación, ya sea por la apertura de un procedimiento especial o por cualquier otra vía»

Y el art. 6, bajo el epígrafe «límite por período de seguro», dispone lo siguiente:

«1.- La responsabilidad máxima del Asegurador no sobrepasará la cuantía del límite de indemnización fijado en las Condiciones Particulares a pagar por el Asegurador para el conjunto de los asegurados, por todos los conceptos y garantías de la póliza y para el conjunto de todos y cada uno de los siniestros que sean objeto de cobertura dentro del mismo período de seguro, y con independencia del número de altos cargos asegurados implicados en una o más reclamaciones.

2.- El hecho de que varias reclamaciones resultantes de una misma actuación profesional se desarrollen a lo largo de diferentes períodos de seguro, no supondrá en modo alguno la acumulación de los límites de indemnización por el período respectivo, de forma que la responsabilidad máxima del Asegurador nunca sobrepasará la cuantía fijada por siniestro

y período de seguro en Condiciones Particulares».

La sentencia Nº 15/2026, de 23 de febrero de la Sala 1ª del Tribunal Constitucional, tiene un alcance y valor que dará lugar a numerosas consecuencias futuras, y es aplicable, directamente en la práctica, en las comparecencias para decisión sobre la prisión provisional (art 505 LE-Crim), impugnación de la detención provisional o habeas corpus, -y en la fase de recursos- “durante todo el tiempo en el que la persona investigada se encuentre privada de libertad” y “ulteriores solicitudes para su revisión” y si hay intervenciones telefónicas, micrófonos y escuchas, balizas y seguimiento, o registros informáticos, se debe exigir la transcripción exacta y la identificación de los dispositivos o terminales aludidos, la grabación y transcripción original -sin producir, ni montar”- el acta con resultado de la localización, y el contenido de los archivos obtenidos, en definitiva acceso a la fuente original, no a un resumen:

“Se argumenta, en este sentido, que la denegación de acceso a los elementos esenciales de las actuaciones, concretamente el acceso a las supuestas conversaciones captadas a miembros de la organización criminal desarticulada, en las que habría participado el demandante de amparo, impidió a este último impugnar la legalidad de la medida de pri-

sión provisional acordada, siendo insuficiente el relato de hechos recogido en el llamado “documento de imputación de hechos” para garantizar el adecuado ejercicio de su derecho de defensa durante la situación de privación de libertad.

La demanda de amparo invoca la doctrina constitucional acerca del derecho de acceso a los elementos esenciales de las actuaciones, que estima vulnerada (con cita de las SSTC 13/2017, de 30 de enero; 95/2019, de 15 de julio, y 152/2023, de 20 de noviembre) y se remite a la Directiva 2012/13/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de mayo de 2012, relativa al derecho a la información en los procesos penales, cuyo considerando 30 dispone que: “Los documentos y, si procede, fotografías y grabaciones de sonido o de vídeo, que resulten fundamentales para impugnar de forma efectiva la legalidad de la detención o privación de libertad de una persona sospechosa o acusada, con arreglo a la legislación nacional, deben ponerse a disposición de esta o de su abogado a más tardar antes del momento en que una autoridad judicial competente deba decidir sobre la legalidad de la detención o privación de libertad...

... (iii) Es evidente que al decir que el investigado tiene derecho a conocer las fuentes de prueba que podrían fundamentar su incriminación en unas diligencias penales, la doctrina de este tribunal no se estaba limitando a exigir que se informe a la persona solamente de cuál es la “clase” o “naturaleza” de las fuentes de prueba que le relacionan con los hechos, sino que en ello va necesariamente implícito el individualizar por la autoridad competente el “contenido” de tales fuentes en el caso concreto.

Comunicar al afectado que está siendo investigado, o que se justifica su detención o el quedar en prisión provisional por mor de un documento sin decir cuál; o por lo declarado por testigos no identificados (salvo que se hubieran declarado como testigos protegidos por el juez) o sin decir qué hechos dicen conocer; o en virtud del resultado de un informe pericial ignorándose qué persona o entidad lo suscribe y los datos que arroja; o gracias a una grabación telefónica o de otro tipo pero sin detallar su contenido, en absoluto puede considerarse que satisfaga el derecho de acceso a las actuaciones esenciales que ha sido reconocido por este tribunal como garantía de los derechos fundamentales a la libertad personal y a la defensa jurídica.

(iv) En lo que respecta a los medios de investigación tecnológica, la determinación de los “elementos esenciales” vendrá condicionada por la información obtenida del sistema tecnológico, en cuanto resulte relevante para la adopción de la decisión de prisión provisional: (i) en el caso de conversaciones telefónicas o telemáticas que hayan sido intervenidas, su transcripción y los dispositivos o terminales concernidos (arts. 588 ter LE-Crim); (ii) los datos obrantes en archivos automatizados de los prestadores de servicios [art. 588 ter j)]; (iii) los datos necesarios para la identificación de usuarios, terminales y dispositivos de conectividad [art. 588 ter k), l) y m)]; (iv) la transcripción o grabación de las comunicaciones orales captadas y grabadas mediante la utilización de dispositivos electrónicos (arts. 588 quater); (v) el acta recogiendo el resultado de la utilización de dispositivos técnicos de seguimiento y localización (arts. 588 quinquies), y (vi) el contenido de

los concretos archivos registrados en equipos informáticos y otros sistemas de almacenamiento externo (arts. 588 sexies), también en aquellos casos en los que el registro sobre equipos informáticos se haga de manera remota (arts. 588 septies).

... En resumen, un acceso “formal” a las actuaciones consistente en la remisión genérica al tipo de fuente, pero vacío de contenido o que incluya un relato parcial de la información, no garantiza el derecho a la defensa pues imposibilita o dificulta impugnar la decisión de privación de libertad.

Además, esta garantía de acceso a los elementos esenciales de la investigación debe mantenerse durante todo el tiempo en el que la persona investigada se encuentre privada de libertad,... Para ello no es obstáculo que la causa se encontrase secreta, circunstancia que “habrá de convivir [...] con una accesibilidad al sumario que constriña el nivel de conocimiento por el investigado del resultado de la investigación a aquello que resulte esencial — en el sentido de sustancial, fundamental o elemental— para un adecuado ejercicio de su defensa...c) Desde el primer momento de la comparecencia del art. 505 LECrim, el recurrente de amparo, a través de su letrado, puso de manifiesto la insuficiencia de la información conocida para impugnar la legalidad de la prisión provisional... Conforme al principio de rogación expresa, el investigado solicitó acceder a los elementos que consideraba esenciales de las actuaciones para cuestionar dicha medida cautelar. Especificó las concretas diligencias cuyo acceso consideraba necesario —la conversación telefónica original—; subrayó el valor indiciario...

Los órganos judiciales denegaron el acceso solicitado por el investigado a la grabación o transcripción de la conversación original y con ello impidieron que el investigado pudiera realizar una defensa real frente a la petición de adopción de la medida cautelar.”

Derivado de un lamentable suceso de circulación vial con resultado de un fallecido y lesiones graves en varios ocupantes, se interpone recurso de casación por no haberse extendido la condena por tres delitos imprudentes a otro de conducción temeraria del art 380 CP, y resuelve la sentencia Nº 180/2026, de 27 de febrero, de la Sala 2ª del Tribunal Supremo -en ponencia del Ilmo Sr D Antonio del Moral García- con interesantes asertos sobre los arts 849.1º, 261 LECrim y 267 LOPJ.

“SEGUNDO.-El art. 849.1 LECrim es el único canal por el que pueden acceder a casación los asuntos ventilados en primera instancia ante un Juzgado de lo Penal. Obedece esa deliberada limitación a una clara filosofía, que enlaza con el objetivo perseguido por el legislador en la reforma procesal de 2015.

La causal de casación indicada es perfilada así por la ley: «Cuando, dados los hechos que se declaren probados ... se hubiere infringido un precepto penal de carácter sustantivo u otra norma jurídica del mismo carácter que deba ser observada en la aplicación de la Ley penal» (énfasis añadido).

Hace más de cien años que la jurisprudencia de esta Sala viene proclamando que el precepto remite exclusivamente a las normas que definen los tipos penales y están llamadas a conformar una conducta delictiva: normas que sirven para fundamentar la presunta vulneración de un precepto contenido en el Código Penal o en una ley penal especial (sucede así de forma señalada con las normas penales en blanco). Cuando se habla de otra norma del mismo carácter no se alude a normas penales, sino a normas sustantivas. Se excluyen del radio de acción del art. 849.1º las disposiciones procesales. Su trascendencia a efectos casacionales emerge si su transgresión comporta un defecto recogido en los listados cerrados de los arts. 850 y 851 LECrim o encierra un quebranto del derecho a un proceso con todas las garantías u otros preceptos constitucionales (art. 852 LECrim: presunción de inocencia, principio de legalidad, derecho a ser informado de la acusación...¡y fallo corto! pues enlaza con el derecho a la tutela judicial efectiva).

Si interpretásemos el art. 849.1º LECrim como comprensivo de la infracción de cualquier legalidad (procesal, constitucional y no solo la sustantiva), sobrarían los restantes motivos de casación: habría que eliminar sin contemplaciones los arts. 850 a 852 de la Ley Procesal por redundantes y superfluos. El recurso de casación perdería de esa forma su tradicional naturaleza extraordinaria y acabaría convertido en un medio de impugnación incluso más amplio y flexible que la apelación. Traicionaríamos años y años de exégesis.

TERCERO.-.... La máxima de Pascual invocada eruditamente por uno de los recursos

(*inde datae leges ne firmior omniapossent*) también vale para las leyes procesales: **no siempre el Tribunal superior está facultado para imponer su criterio.**

CUARTO.- Reproducimos los pasajes claves de la sentencia de apelación en lo que se refiere a esta cuestión:

“... y ante esa falta de pronunciamiento judicial, la parte interesada tendría que haber interpuesto entonces un recurso tendente a que por el juzgador se complementara la inconclusa resolución, dada la evidéntísima incongruencia omisiva (o fallo corto) que en ella se produjo. Pero esto tampoco se hizo.

...Dejando a un lado que ni un auto ni una sentencia son instrumentos adecuados para una insólita petición de disculpas por parte de la autoridad judicial, lleva razón el Juez en que la mera aclaración de un error material no le permite condenar por otro delito cuando no se le ha pedido. **Cosa distinta hubiera sucedido si se tratara de un auto de complemento que sigue el régimen del art. 161.5 o 6 LECrim, pero resultó que ni el Juez apreció en su momento de oficio el haber omitido manifiestamente pronunciamientos relativos a pretensiones oportunamente deducidas y sustanciadas en el proceso, ni las partes lo solicitaron a la vista de la incongruencia omisiva en que incurrió el juzgador en la sentencia.**

Y dado que las cosas sucedieron de ese modo, resulta que en esta alzada no podemos remediar aquello a lo que se tuvo que poner remedio a través del recurso procedente, tal y como viene poniendo de manifiesto la jurisprudencia del Tribunal Supremo de la que son muestra,

entre otras, las SSTs de 29 de abril de 2021, 23 de octubre de 2019 o 25 de mayo de 2017 («el legislador para evitar que por alguna omisión en el fallo tenga que retornar de nuevo el asunto a la instancia impone con carácter preceptivo, que a las cuestiones jurídicas irresueltas, se les dé la condigna contestación en la instancia como complemento de la sentencia dictada. Así lo imponen el art. 161 LECr y 267 LOPJ»). Es indudable el ensanchado campo de actuación del art. 267 LOPJ, reclamado como preclusivo y obligatorio por el TS (SS 10/7/ 2015, 27/7/2015, 30/11/2016, 11/1/2017, 172/2019, 21/3/2019 y 1/12/2021). No hay que olvidar, 1) que las partes no tienen derecho a la condena penal del acusado; 2) que estamos ante una sentencia parcialmente absolutoria (por conducción temeraria y por conducción con temerario desprecio a la vida de los demás); 3) que aquéllas pudieron pedir la anulación de la sentencia y no lo hicieron, razones todas ellas por las que la Audiencia no está en situación de corregir los errores o defectos jurídicos de una u otra acusación para agravar la condena reinterpreta parte de la prueba e introduciendo ex novo toda una motivación sobre la conducción temeraria que la defensa no pudo impugnar por inexistente en la instancia.

Al poner el foco en la tipicidad, los recurrentes esconden que el gravamen del que son portadores es de naturaleza procesal. También los temas procesales en último término acaban condicionando la respuesta penal sustantiva. Pero solo el error jurídico-penal estricto puede ser corregido en esta modalidad de casación. Una absolución por falta de legitimación de la acusación, por equivocada declaración de ilicitud de una prueba, por existir solo una acusación no homogénea con el delito proceden-

te, etc... podrá, sin duda, arrastrar a una solución penal (absolución cuando los hechos probados son típicos) equivocada. Pero no será recurrible vía art. 849.1º si antes no se superan las razones procesales, lo que solo en la casación ordinaria y no en todo caso es posible.

No impide esto que los recurrentes puedan elevar su queja al Tribunal Constitucional a través de una demanda de amparo (habiendo sido admitido y tramitado la casación sería difícil hablar de una prolongación artificial del plazo provocada a través de la interposición de recursos manifiestamente improcedentes)”.

Con frecuencia vemos obvio el texto en una sentencia del Tribunal Supremo, pero lo cierto -como es el caso- es que corrige otro texto en una resolución judicial de signo contrario, que, de no mediar recurso, hubiese quedado -aun contraria a Derecho- firme y ejecutable. La sentencia del Juzgado de lo Penal había incluido entre las indemnizaciones a cargo de la compañía aseguradora de quien fue condenado por los delitos de CBIBA, y lesiones imprudentes, añadiendo los costes adicionales en el proceso de baja sufra por la empresa para la que trabajaba el lesionado, cuotas de la seguridad correspondientes a las cotizaciones a la Seguridad Social, y al 25% de complemento salarial abonados por la mercantil durante el periodo de baja; si es así ¿Por qué normalmente no lo solicitamos? -se trata de los perjudicados indirectos- Sentencia Nº 712/25 de 10 de septiembre de la 2ª de lo Penal del Tribunal Supremo (y 666/22 de 29 de julio, de la Audiencia Provincial de Albacete)- Ponente: Excm. Sra. D.ª Ana María Ferrer García-

...Hacemos nuestra la argumentación de la sentencia de instancia condensada en el siguiente fragmento de su fundamentación jurídica: “El art. 144.1 y 4 Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, dispone que la obligación de cotizar nacerá con el inicio de la prestación del trabajo y continuará en la situación de incapacidad temporal, cualquiera que sea su causa.

La empresa D. estaba obligada por disposición legal a continuar pagando las cotizaciones del trabajador aun cuando se encontrara de baja, como si estuviera en activo.

La obligación del pago del 25 % del salario del trabajador, según informe de la asesora laboral de la mercantil, trae causa del convenio colectivo del sector de la construcción de la provincia de Albacete que establece que, en caso de incapacidad temporal derivada del accidente de trabajo, el trabajador percibirá el total de los conceptos correspondientes hasta alcanzar el 100 % de su retribución total, que estaría integrado por el subsidio más el complemento del 25 % del salario a abonar este último por la empresa.

Consecuentemente, tal como plantea el apelante, tales desembolsos no fueron una consecuencia directa del accidente, no hay una relación de causalidad entre el perjuicio que se reclama y el siniestro, careciendo la empresa de la condición de perjudicada para reclamar la indemnización por los costes salariales y de Seguridad Social que ha debido soportar por obligación legal y por el convenio colectivo. De hecho, la Ley General de la Seguridad Social solo reconoce

acción directa frente al tercero responsable, art. 127.3, al empresario que colabore en la gestión de la asistencia sanitaria para reclamar el coste de las prestaciones sanitarias que hubiesen satisfecho. Se trata de una previsión específica y restringida al supuesto expresamente regulado, que no parece resultar extensible a otros conceptos”.

Argumentación que, tal y como hemos adelantado, hacemos nuestra, con una salvedad. La referencia al artículo 127.3 de la Ley General de la Seguridad Social, corresponde al texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y debe entenderse referida al artículo 168.3 del texto de la norma aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, ahora en vigor, y que contempla la misma previsión.

De esta manera la propia LGSS diferencia los costes correspondientes a las cuotas de la Seguridad Social, de otros que sí son consecuencia directa del accidente, como las prestaciones de carácter sanitario. A diferencia de lo que ocurre con aquellas, respecto de las que la obligación de pago a cargo del empresario perdura durante la situación de incapacidad temporal de la persona trabajadora, cualquiera que sea su causa, en relación a las segundas reconoce expresamente acción de reclamación, entre otros, al empresario que las hubiera sufragado y la “plena facultad para personarse directamente en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectiva la indemnización, así como para promoverlo directamente, considerándose como terceros perjudicados al efecto del artículo 113 del Código Penal”.

La Sentencia de 19 de diciembre de 2025 de la Sección 3ª de la Audiencia de las Palmas de Gran Canarias, ejemplifica que el perjuicio excepcional existe, que será improbable, pero no imposible si lo muestra real el riguroso trabajo del/la compañero/a de la actora:

“Sobre el “perjuicio excepcional” a que se refiere el art. 112 citado, la jurisprudencia mayoritariamente viene reservando la concesión de indemnización por tal concepto a supuestos en los que los lesionados se ven implicados en accidentes de gran magnitud, que trascienden a los medios de comunicación y en los que bien hay un gran número de lesionados, bien tienen consecuencias de entidad para su patrimonio o para su vida, salud o de los familiares muy cercanos. En sentencia 335/2025 de 23 de mayo, dictada por este mismo tribunal que ahora resuelve, hemos señalado al respecto: “El art 33.5 del TRLRCSCVM, tras recordar que la objetivación en la valoración del daño supone que se indemniza conforme a las reglas y límites establecidos en el sistema, por lo que no pueden fijarse indemnizaciones por conceptos o importes distintos de los previstos en él, añade que “No obstante, los perjuicios relevantes, ocasionados por circunstancias singulares y no contemplados conforme a las reglas y límites del sistema, se indemnizan como perjuicios excepcionales de acuerdo con las reglas establecidas al efecto en los artículos 77 y 112”

El art. 112, dentro de la sección de indemnizaciones por

secuelas, especifica que “los perjuicios excepcionales a los que se refiere el art. 33 se indemnizan con criterios de proporcionalidad, con un límite máximo de incremento del veinticinco por ciento de la indemnización por perjuicio personal básico”

El llamado perjuicio excepcional al que se refiere el citado art. 33.5 se refiere a una nota de singularidad a modo de cláusula de cierre de los perjuicios recogidos en el baremo.

Por tanto, el perjuicio excepcional es un perjuicio personal particular que no aparece en principio acotado como tal, de tal manera que no pueden reputarse como excepcionales aquellos perjuicios que pueden ser indemnizables por otros conceptos con arreglo al baremo y tienen que ser además perjuicios relevantes, ocasionados por circunstancias singulares y, además, no contemplados conforme a las reglas y límites.

Son ejemplo de ello la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de fecha 15 de febrero de 2022, sección 14ª, en un supuesto de accidente con resultado de lesión medular -cuadruplejía C-5, C-7, la sentencia de la sección 9ª de la Audiencia Provincial de Madrid de fecha 20 de enero de 2022 que concede dicha indemnización por pérdida de ovario por extirpación de trompa de Falopio, la sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra de fecha 04 de febrero de 2021, sección 3ª que concede dicha indemnización por el fallecimiento del esposo en un accidente de tráfico en circunstancias similares al anterior fallecimiento del padre de la perjudicada cuando ella era menor de edad considerando acreditado el duelo

de atención a los padecimientos psicológicos, entre otras muchas”

A partir de los criterios expuestos, debe concluirse en el sentido que lo que hace la sentencia apelada. Así, aunque la concreta motivación expresada sobre ello por la juzgadora no es muy extensa, si permite deducir las circunstancias en que se apoya la concreción de la indemnización por este concepto, con independencia de la pérdida de calidad de vida de los familiares de la menor, indemnizable al amparo del art. 110

Las consecuencias del atropello sufrido por la hija de los demandantes tienen una enorme entidad en el sentido que lo viene entendiendo la jurisprudencia. Tanto para ella misma, que desde sus tres años de edad en que fue atropellada viene lidiando y tendrá que lidiar durante toda su vida con múltiples sintomatologías de sus secuelas psicofísicas (cuatro de ellas muy graves), así como afrontar nuevas intervenciones quirúrgicas y tratamiento rehabilitador continuo, como para su entorno familiar más cercano. Una niña que era sana y autónoma para su edad (comía y se vestía sola, controlaba esfínteres) precisa ahora atención las 24 horas del día pues tiene nula autonomía y necesitara cuidados y atención independientemente de su edad siempre. Toda la vida de la familia gira, después del accidente, en torno a ella y sus necesidades. Las terapias que recibe están destinadas a que no involucione, aunque nunca podrá hablar, ni comer de manera autónoma, ni tendrá capacidad para caminar. Y el sufrimiento añadido que esta situación supone alcanza directamente a sus hermanos, uno de ellos de cuatro años a

la fecha del accidente quien, además de padecer la ausencia de sus padres durante los nueve meses que estuvieron viviendo fuera por los tratamientos de su hermana, desde entonces vive asustado siempre.

Procede en consecuencia ratificar la indemnización por perjuicio excepcional, que este tribunal estima proporcional en su cuantificación legal máxima del 25% (calculado correctamente por la juzgadora), pues la compleja situación en que vive la familia (en particular los padres y hermanos de menores de edad) demuestra una singular y especial agravación del daño en la vida y salud de la propia lesionada y de todo su núcleo familiar”

El objeto del presente proceso es una pretensión indemnizatoria por los daños personales sufridos como consecuencia de una caída en el hipermercado M en Santiago de Compostela, al lado del mostrador de la zona dedicada a pescadería. La demandada negando vinculación a su oferta previa parte de lo establecido en el informe pericial aportado por la demandante, pero descuenta de esa cantidad un 20%, como reducción prudencial por la merma de ingresos y ganancias durante la pandemia, y también, la cantidad cobrada por la perjudicada de la Mutua de la abogacía durante el periodo de incapacidad temporal. Es la Sentencia núm. 353/2025, de 29 de septiembre, de la Audiencia Provincial de A Coruña, Sección Nª 6 (despl Santiago de Compostela) -Presidente y Ponente Ilmo. Sr. Magistrado D. José Gómez Rey-:

5”. La jurisprudencia ha venido estableciendo, con carácter general, que una oferta de acuerdo amistoso, no aceptada, no causa estado y no presenta los caracteres que la jurisprudencia predica del acto básico que podría dar pie a la aplicación de la doctrina de los propios actos.

6. Ahora bien, una cosa es que esa oferta no sea vinculante, no constituya un acto propio, y otra distinta que carezca de cualquier valor para determinar la existencia de responsabilidad o el alcance de los daños. Una oferta de esa naturaleza y cuantía solo tiene razón de ser conforme a las reglas del criterio humano si quien hace la oferta de indemnización ha tenido una participación causal relevante en la indemnización del daño. Nadie ofrece 35.000 euros en concepto de indemnización de unos daños si es ajeno a su producción. Esa oferta determina una presunción judicial (artículo 386 de la LEC). El hecho de la oferta permite inferir la relevancia causal, por acción u omisión, de la participación de M en la producción de los daños.

7. Es una posibilidad que la propia empresa titular del establecimiento admite cuando coloca junto a ese mostrador un cartel en el que advierte de ese riesgo.

La presunción que resulta de la existencia de una oferta de indemnización cuantitativamente relevante no ha sido desvirtuada. La empresa hizo esa oferta conociendo sus instalaciones, las características del mostrador y de la prestación del servicio a los clientes. No tiene lógica que ahora invoque esas características para negar su participación causal en la caída. El resto de las pruebas confirman la presunción.

8. Hemos señalado que la existencia de un cartel de advertencia del riesgo es claro indicio de su existencia y de la probabilidad de ocurrencia de un siniestro derivado del riesgo derivado de la posible humedad en el pavimento. Mercadoña invoca la existencia de ese cartel como elemento que excluye su responsabilidad y la deriva a los clientes a los que se dirige la advertencia. No estamos de acuerdo. La responsabilidad podría desaparecer o disminuir si la advertencia del peligro permite al consumidor conjurar el riesgo, por ejemplo, evitando usar la zona peligrosa para desplazarse o estar en otra que no lo sea. Ese no es el caso. Se le dice al cliente que la zona es peligrosa, que existe un riesgo, y al mismo tiempo la única posibilidad que tiene de examinar y adquirir el producto de pescadería y marisquería que se le ofrece es pasar y estar en esa zona situada al lado del mostrador del puesto. **La colocación del cartel advirtiendo del peligro en una zona de uso inevitable para la adquisición del producto que el establecimiento ofrece no tiene como fin limitar el uso de esa zona para conjurar el riesgo o para minimizarlo. Su único fin parece ser trasladar al cliente la responsabilidad derivada del riesgo que crea la actividad empresarial. No es un fin atendible y no puede alterar el régimen general de responsabilidad.**

9. La aplicación de la doctrina jurisprudencial citada en el fundamento precedente a los hechos que consideramos probados nos lleva a concluir que el resultado es imputable objetivamente a la propietaria del establecimiento comercial y que es posible identificar un comportamiento negligente en su conducta, por omisión de medidas de vigilancia, cuidado o precaución que debían

considerarse exigibles. El propietario está obligado a mantener seco el pavimento del establecimiento comercial en perfecto estado. Si no es posible debe acotar y evitar la existencia de humedad y el riesgo de resbalar en la zona por donde necesariamente han de transitar y estar los clientes para adquirir un producto ofertado.

CUARTO.- El importe de la indemnización: en especial el lucro cesante y el daño patrimonial emergente

La actora cuestiona el **descuento del 20% por los efectos de la pandemia** y la reducción de lo cobrado de la Mutuality por no tratarse de una prestación pública.

3. El artículo 143.1 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Dice que "En los supuestos de lesiones temporales el lucro cesante consiste en la pérdida o disminución temporal de ingresos netos provenientes del trabajo personal del lesionado..." En su número 2 dispone que "La pérdida de ingresos netos variables se acreditará mediante la referencia a los percibidos en períodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo, si ésta fuera superior". Y añade en el apartado 3 que: "De las cantidades que resultan de aplicar los criterios establecidos en los dos apartados anteriores se deducen las prestaciones de carácter público que perciba el lesionado por el mismo concepto".

5. La sentencia apelada acordó, prudencialmente, es-

tablecer una reducción porcentual de un 20 por 100 como consecuencia del cese de la actividad y de trámites por causa de la pandemia. No se puede calificar de prudencial, en el sentido de no exagerada o excesiva, una reducción que es superior a la indicada en la contestación a la demanda por referencia a la reducción de la entrada de casos en los órganos judiciales gallegos durante el año 2020, que fue de un 11.4%.

Esta Sala considera que sin base objetiva o criterio técnico que lo sustente no procede aplicar una reducción porcentual del importe de la indemnización por el motivo indicado. **La paralización temporal de la actividad judicial no tiene por qué representar una disminución correlativa de la actividad de los abogados-(¿?)**. La reducción temporal de la actividad pudo quedar compensada por la realización posterior de otros trámites y actividades. En este sentido es relevante la información facilitada en el informe pericial aportado con la demanda sobre el incremento de facturación de diferentes despachos de abogados en el año 2020 respecto a los del 2019.

6. Otra cuestión controvertida es el **descuento del importe de la indemnización de las cantidades recibidas por la perjudicada de la Mutuality de la Abogacía durante el período de incapacidad temporal**. La perjudicada D^a. Tatiana impugna esa decisión alegando que esa cantidad no tiene la consideración de prestación pública, únicas que pueden ser descontadas con arreglo al texto del artículo 143 antes citado.

La tesis de la apelante encuentra apoyo en sentencias dictadas por esta Au-

diencia Provincial que se ha pronunciado sobre la cuestión, aunque sea de forma incidental. La sección 5, en sentencia del 20 de octubre de 2021 (ROJ: SAP C 2390/2021- ECLI:ES:APC:2021:2390) negó que “las prestaciones de la mutualidad de la Abogacía tengan la consideración de prestaciones públicas a los efectos del artículo 143.3 del Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Vehículos de Motor “.La sentencia de la sección 3 del 14 de mayo de 2020 (ROJ: SAP C 795/2020 - ECLI:ES:APC:2020:795) al comparar con otro caso en el que se trataba de un Letrado que había cobrado de la Mutualidad del Colegio de Abogados, dijo que “no puede entenderse una prestación pública, sino de carácter privado, pues se financia con recursos de tal carácter, y en el nuestro, por contra, a través de una entidad colaboradora de la Seguridad Social, con fondos públicos”.

La Sala considera que en este caso no hay motivos para apartarse del criterio precedente de otras sentencias de esta Audiencia Provincial. La ley sólo prevé la deducción de las prestacio-

nes de carácter público que perciba el lesionado. Una interpretación literal y sistemática de la expresión prestación de carácter público no permite conferir esa condición a lo recibido de la Mutualidad de la Abogacía. Se trata, como otras mutualidades de previsión social, de una entidad aseguradora privada sin ánimo de lucro que se nutre en lo esencial de las aportaciones de los mutualistas. Ni la Mutualidad es una persona jurídica pública, ni son públicos los fondos con los que se nutre y con los que hace frente a las prestaciones que asume. Es una alternativa privada al sistema público de la Seguridad Social para aquellos abogados ejercientes por cuenta propia que optan por cubrir su previsión social obligatoria a través de Mutualidad (vid estatutos de la mutualidad aprobados por la Asamblea General celebrada el 17 de junio de 2023). A lo que se añade, en el sentido en que concluye la citada sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra, que tampoco en este caso hay prueba del importe de cobertura a percibir por la perjudicada en atención a la inclusión en un grupo de cotización del RETA.

Esa solución doctrinal, plausible de lege ferenda, choca con el tenor literal del artículo 143. que habla de “prestaciones públicas” y postula la aplicación analógica de la norma en un caso que cuenta con regulación expresa en la ley. Lo que se plantea es un problema de interpretación de una expresión, “prestaciones de carácter público”, que ha de partir de su tenor literal y sistemático y de la presunción de que el legislador, conocedor como es de la existencia de personas jurídicas privadas que abonan prestaciones sociales con fondos privados y de las posibles dudas interpretativas, ha utilizado esa expresión en su significado propio, que alude a prestaciones pagadas por entes públicos o con fondos públicos, y la ha mantenido en las reformas de la ley.

8. Por las razones expuestas consideramos que **lo recibido por la perjudicada de la Mutualidad de la abogacía durante el periodo de incapacidad laboral no debe descontarse del importe en que hemos fijado el lucro cesante. Ese importe, incluyendo también el correspondiente a las pérdidas patrimoniales sufridas, se fija en... euros.** “



Puesta al día internacional

La condición de conductor a efectos de aseguramiento obligatorio tras la sentencia del TJUE C- 490/24 Stichting Koskea

por Jesús Pérez Morilla
Abogado



El pasado 12 de febrero de 2026 el TJUE entró a resolver las cuestiones planteadas por el Tribunal Supremo de Países Bajos, en torno a la interpretación del apartado 1 del artículo 12 de la Directiva 2009/103/CE sobre la exclusión de la cobertura del seguro obligatorio respecto del conductor del único vehículo implicado en un siniestro de tráfico, en aquellos casos en los que un ocupante haya intervenido en la conducción y se haya producido el siniestro como consecuencia directa de esa intervención.

Sentado lo anterior, debemos comenzar exponiendo los elementos esenciales del supuesto sobre el que se plantean las cuestiones prejudiciales. Nos encontramos ante un siniestro de tráfico sufrido por un microbús, propiedad de un club de fútbol, en el que se desplazaban los jugadores en el momento del siniestro. El accidente se produjo por la acción directa de un ocupante del vehículo que accionó el freno de mano, provocando el bloqueo de las ruedas y el deslizamiento lateral del vehículo con la consiguiente pérdida del control por parte del conductor, colisionando finalmente con varios pilares de hormigón situados junto a la carretera.

Así las cosas, el asunto se centra en la reclamación formulada por el conductor del vehículo

que resultó lesionado de gravedad con daños cerebrales a causa del accidente; de modo que la reclamación por las lesiones fue formulada por la Fundación que asumió la curatela del conductor lesionado frente a la entidad aseguradora del vehículo en el procedimiento relativo al siniestro.

Resulta especialmente relevante del devenir del procedimiento judicial, que en la primera instancia se consideró que la exclusión relativa a los daños padecidos por el conductor causante del accidente no resultaba de aplicación al supuesto enjuiciado. En síntesis, entendía el juzgador que no podía considerarse como conductor al demandante desde el momento en el que el ocupante que accionó el freno de mano, actuando este ocupante como conductor del vehículo y viceversa, por lo que procedía la indemnización de los daños y perjuicios sufridos por el conductor con cargo al seguro obligatorio de vehículos.

La entidad aseguradora recurrió en apelación la resolución que fue revocada (anulada) y desestimó las pretensiones del demandante con los siguientes argumentos: por un lado, el conductor no pierde tal consideración cuando el movimiento del vehículo se vuelva incontrolable; por otro lado, los pronunciamientos en procedimientos penales conexos no conducen a una interpretación diferente; y, finalmente, que nadie puede tener la consideración de conductor y de persona transportada al mismo tiempo sin violar los principios que rigen el seguro obligatorio de responsabilidad. Por lo anteriormente expuesto desestima la reclamación, pese a las referencias realizadas a resoluciones previas del TJUE¹ relativas a la interpretación favorable a las víctimas que debe forzosamente condicionar los efectos de determinadas cláusulas de exclusión quedando limitadas a las relaciones entre el asegurador y el responsable del siniestro.

Llegados a este punto, el Tribunal Supremo de los Países Bajos antes de entrar a conocer el recurso de casación formulado por el demandante, elevó al TJUE varias cuestiones relativas a la interpretación del concepto de conductor que figura en el artículo 4, apartado 1, de la WAM² (transposición del actual artículo 12.1 Di-

rectiva 2009/103/CE). Los argumentos en liza expuestos por el Tribunal se centran en la normativa protectora de los ocupantes, en su condición de víctimas de un accidente, que vienen preconizando las Directivas y resoluciones previas del TJUE y la necesidad de que dichas disposiciones tengan un efecto útil; consideraciones que vienen a colisionar con la normativa nacional que limita el derecho a ser indemnizado al conductor sobre la base de criterios generales y abstractos, sin atender a las circunstancias excepcionales y a una apreciación individual.

Sentado lo anterior y para el caso de que entendiera el TJUE que el conductor debe quedar cubierto por el seguro obligatorio en los casos en que un ocupante intervenga en el control del vehículo y que la intervención resulte ser la causa directa del accidente, solicita el Tribunal Supremo en la cuestión planteada que se establezcan los requisitos concretos que el juez nacional debe tener en cuenta para valorar cuando un conductor pierde tal condición y puede quedar amparado por la normativa protectora de los derechos de los ocupantes.

Sobre el concepto de conductor y la reparación de los daños sufridos por este, resulta especialmente clarificador el Abogado General Sr. Biondi en sus conclusiones³, al detallar que tratándose de un concepto que figura en una disposición de una Directiva que no efectúa remisión alguna a los derechos nacionales, el término “conductor” debe ser objeto de una interpretación autónoma y uniforme que tenga en cuenta el contexto de dicha disposición y el objeto perseguido por la norma comunitaria, habida cuenta de la necesidad de interpretación autónoma y uniforme del derecho comunitario en todos los Estados miembros. De la normativa comunitaria que analiza y desgana en su informe⁴, deduce que el conductor es quien toma el volante del vehículo, teniendo acceso a sus mandos esenciales y le permiten determinar su movimiento, dirección y velocidad.

En lo relativo a la exclusión de la indemnización por parte del conductor, entiende el Abogado General que es la finalidad perseguida por la Directiva y la sustenta en dos argumentos: por un lado, la evolución legislativa en las diferentes Directivas ha ido siempre orientadas a aumentar la protección de las víctimas; por otro

1 STJUE 30 de junio 2006 C-537/03

2 Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen -WAM- (Ley del seguro de responsabilidad civil en materia de vehículos a motor). Normativa nacional que transpone la Directiva 90/232/CEE, que prevé dicha exclusión en el artículo 1 (actualmente artículo 12.1 de la Directiva 2009/103/CE).

3 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:62024CC0490>

4 Artículos 1, 3, 12 y considerandos 2 y 20 de la Directiva 2009/103/CE y Convención de Viena sobre la Circulación Vial, de 8 de noviembre de 1968.

lado, el legislador comunitario siempre ha mantenido la exclusión del conductor.

De este modo la normativa nacional no puede oponerse a la protección dispensada por la propia normativa comunitaria al punto de permitir que sean privadas de su condición de ocupantes las víctimas en atención a las circunstancias del siniestro. El régimen del seguro de responsabilidad civil a nivel comunitario se centra en la dicotomía entre conductor que asume el riesgo de la conducción y las víctimas (ya sean peatones u ocupantes) a las que nada se les puede reprochar en la producción del daño, quienes gozan de protección en las distintas Directivas, frente a la exclusión del conductor.

Bajo este prisma, la resolución del TJUE viene a definir al conductor, en relación con el vehí-

culo, como aquel que se encuentra al volante o a los mandos de aquel y lo dirige; advirtiendo la posibilidad de que existan varios ocupantes pero siempre un solo conductor, con la clara excepción de los vehículos autónomos.

De la lectura conjunta de los artículos 3 y 12 de la Directiva 2009/103/CE se desprende claramente que esta disposición no establece que la responsabilidad por los daños sufridos por el conductor del vehículo deba estar cubierta por el seguro obligatorio. Incluso las categorías de víctimas de un accidente se articulan por oposición al conductor del vehículo causante.

De igual modo, aborda una cuestión relevante sobre el papel de los ocupantes en el siniestro, puesto que la Directiva no prejuzga ni la responsabilidad civil ni el importe de la indemnización.



zación, sino que cada Estado miembro en cuyo territorio se produce el accidente, puede determinar cuál es la persona civilmente responsable y el alcance de la indemnización, aspectos distintos al ámbito de la cobertura del seguro obligatorio previsto en la Directiva.

De lo anteriormente expuesto y de la normativa aplicable el TJUE considera que debe interpretarse que la intervención de un ocupante en la conducción de un vehículo que provoca un siniestro no puede tener como consecuencia privar al conductor de su propia condición, so pena de menoscabar la distinción fundamental entre conductor y tercero, que caracteriza el seguro obligatorio de la responsabilidad civil prevista en la Directiva.

El argumento nuclear sobre el que pivota la resolución, previamente expuesto por el Abogado General en sus conclusiones, se centra en que la privación de la condición de conductor por la injerencia del ocupante en la conducción supondría que dicho ocupante estaría asumiendo la condición de conductor, con lo que automáticamente quedaría excluido de la protección que esta Directiva pretende conceder a los terceros que resultan víctimas del siniestro, resultando contraria a los intereses previstos por las Directivas.

Recuerda la resolución que la eventual obligación de cubrir mediante un seguro los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico sigue rigiéndose, en el estado actual del Derecho comunitario, por los derechos nacionales de los Estados miembros.

A la vista de todas las consideraciones anteriores, la resolución del TJUE responde a la primera cuestión prejudicial planteada en el senti-

do de que los daños sufridos por el conductor del único vehículo implicado en un accidente de tráfico no deben estar cubiertos por el seguro obligatorio de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles previsto en esa Directiva, ni siquiera cuando un ocupante haya intervenido en la conducción del vehículo y se haya producido el accidente como consecuencia de esa intervención. Por lo anterior, no procede dar respuesta a la segunda de las cuestiones planteadas ante el TJUE.

A modo de conclusión de todo lo anterior, esta cuestión que puede parecer ajena a la casuística nacional, por la propia redacción del artículo 5.1 de la LRCSCVM que excluye los daños causados al conductor causante del siniestro, pero podemos encontrar un punto de controversia en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Cartagena número 118/2023⁵, fechada el pasado 9 de mayo de 2023, que revoca la Sentencia desestimatoria de la Primera Instancia y estima la pretensión del conductor lesionado al considerarlo, en la práctica y realmente, un tercero y no el conductor que podía dirigir y controlar el turismo en el momento del siniestro, al haber sido un ocupante del vehículo quien giró de manera brusca el volante cuando circulaban por una autovía a más de 80 km/h, provocando la pérdida del control del vehículo y el origen de las lesiones reclamadas. Dicha resolución no es firme⁶ y fue recurrida en casación, por lo que debiere quedar vinculado el Tribunal Supremo en su resolución por lo dispuesto por el TJUE en el presente caso.

5 <https://www.iberley.es/jurisprudencia/sentencia-civil-ap-murcia-9-5-23-48515659>

6 José Antonio Badillo Arias, “conductor versus ocupante de un vehículo”, revista nº 21 Consorseguros revista digital.

25 ANIVERSARIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ABOGADOS ESPECIALIZADOS EN RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGURO

El pasado 21 de marzo hizo 25 años constituimos la **Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro**, llenos de ilusión pero sin imaginar la repercusión que iba a tener cuando convocamos seis meses después el primer congreso constituyente, celebrado en noviembre de 2001 en Granada, al que asistieron medio millar de compañeros.

Mucho ha llovido en este cuarto de siglo, tras celebrar 25 congresos nacionales y uno internacional, así como haber llegado al número 97 de nuestra revista, que empezamos un año después de nuestra constitución. Hoy podemos decir que somos un referente en el panorama nacional del estudio de la **Responsabilidad Civil** y el **Seguro**.

Felicidades a todos los que formáis parte de esta aventura y que con vuestro continuo apoyo habéis hecho posible que estemos donde estamos 25 años después.



Presentación de la Asociación al Consejo General de la Abogacía Española en noviembre de 2001.
De izquierda a derecha: Mariano Media Crespo, Javier López García de la Serrana, Carlos Carnicer Díez y Fernando Ros de la Iglesia

ACTA DE CONSTITUCIÓN

En Granada, siendo las 20 horas del día 21 de marzo de 2.001, se reúnen las señoras y señores abajo relacionados, en calidad de promotores, con indicación del DNI y con domicilio y acuerdan, por unanimidad de votos libremente emitidos los siguientes puntos:

1º. Los asistentes, por unanimidad y al amparo de la normativa legal vigente, acuerdan constituir una ASOCIACIÓN de profesionales con la denominación de ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ABOGADOS ESPECIALIZADOS EN RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGURO, acogiéndose en cuanto a tratamiento registral al contenido en la Ley 191/1964, de 24 de Diciembre de Asociaciones.

2º. Aprobar los Estatutos por los que habrá de regirse el sindicato, tras haber sido estudiados por los asistentes, siendo firmados en todos sus folios por el Presidente y el Secretario General de la misma.

3º. La elección, de los miembros de la Junta Directiva mediante votación secreta. Procediéndose a la elección y una vez contados los distintos votos resultaron elegidos los siguientes cargos y miembros a la Junta Directiva:

PRESIDENTE: Mariano Medina Crespo

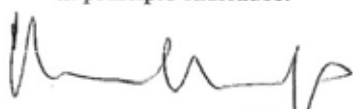
VICEPRESIDENTE: Eduardo Soler de Castro

SECRETARIO GENERAL: Javier López García de la Serrana

SECRETARIO DE ACTAS: José María Hernández-Carrillo Fuentes

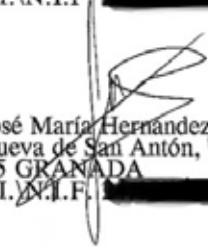
4º. Facultar al Letrado de Madrid, Don Mariano Medina Crespo, mayor de edad, vecino de Madrid, con domicilio en calle Clara del Rey nº [REDACTED], y con D.N.I.\N.I.F. [REDACTED], para que represente a la Asociación en cuantos trámites sean necesarios para llevar a cabo el deposito de los Estatutos y demás actos complementarios que puedan derivarse.

Y no habiendo otros asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 21 horas en el lugar y fecha al principio indicados.


D. Mariano Medina Crespo
C/ Clara del Rey nº [REDACTED]
28003 MADRID
D.N.I.\N.I.F. [REDACTED]


D. Eduardo Soler de Castro
C/ Camino de Ronda, [REDACTED]
18004 GRANADA
D.N.I.\N.I.F. [REDACTED]


D. Javier López García de la Serrana
C/ Trajano nº 8, 1º C
18002 GRANADA
D.N.I.\N.I.F. [REDACTED]


D. José María Hernández-Carrillo Fuentes
C/ Nueva de San Antón, [REDACTED]
18005 GRANADA
D.N.I.\N.I.F. [REDACTED]

Resolución conjunta de 6 de abril de 2026, del Secretario General Técnico - Director del Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se dispone el cese y el nombramiento de los vocales de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, creada por la Orden comunicada de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia de 27 de octubre de 2016.



VICEPRESIDENCIA PRIMERA DEL GOBIERNO
MINISTERIO DE ECONOMÍA, COMERCIO Y EMPRESA
MINISTERIO DE PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración

Resolución conjunta de de de 2026, del Secretario General Técnico-Director del Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se dispone el cese y el nombramiento de los vocales de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, creada por la Orden comunicada de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia de 27 de octubre de 2016.

Por Resolución conjunta de 25 de noviembre de 2021, del Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, se renovó el mandato de los miembros de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, creada por la Orden comunicada de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia de 27 de octubre de 2016, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

La citada orden establece en su apartado primero.2, último párrafo, que los vocales serán nombrados por un plazo de cuatro años, transcurrido el cual, su nombramiento podrá ser renovado cuantas veces se considere necesario mediante Resolución conjunta del Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia (hoy Secretario General Técnico – Director del Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes) y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En virtud de cuanto antecede, se acuerda:

Primero. Se cesa, agradeciéndoles los servicios prestados, a:

- D^a. Eugenia Domenech Moral.
- D. José Pérez Tirado.
- D. Manuel Mascaraque Montagut.
- D. Luis Bermúdez Odriozola.
- D. Javier López García de la Serrana.
- D. Luis María Sáez de Jáuregui Sanz.
- D. Miguel Martín Casals.
- D. Javier Castillo García.

- 1 -

CSV : GEN-4db0-f137-fdab-f667-80a1-de03-ad72-3181

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : JOSE ANTONIO FERNANDEZ DE PINTO | FECHA : 01/04/2026 14:54 | Sin acción específica



CSV : GEN-7bc7-7a2c-1154-c28e-8018-312c-3251-ef3a

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : SELLO DE ENTIDAD AEAD | FECHA : 06/04/2026 11:50

FIRMANTE(2) : ALBERTO GARCIA GONZALEZ | FECHA : 06/04/2026 16:47 | Sin acción específica



INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : GEN-7bc7-7a2c-1154-c28e-8018-312c-3251-ef3a | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : GEN-4db0-f137-fdab-f667-80a1-de03-ad72-3181 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>



VICEPRESIDENCIA PRIMERA DEL GOBIERNO
MINISTERIO DE ECONOMÍA, COMERCIO Y EMPRESA
MINISTERIO DE PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración

D^a. Ana García Barona.

D. Celedonio Villamayor Pozo.

D^a. Flora María Pérez Almoguera.

Segundo. Se designan vocales de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración a las siguientes personas, de conformidad con el apartado primero.2 último párrafo, de la Orden comunicada de 27 de octubre de 2016, de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia por la que se crea la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación:

–En representación de las víctimas de accidentes de tráfico: a D^a. Eugenia Domenech Moral y a D. José Pérez Tirado.

–En representación de las entidades aseguradoras: a D. Antonio Guardiola Martínez y a D. Luis Bermúdez Odriozola.

–Como abogado experto en responsabilidad civil y seguros: a D. Javier López García de la Serrana.

–Como actuario de seguros, profesor de universidad con título de doctor: a D. Luis María Sáez de Jáuregui Sanz.

–Como catedrático de Derecho Civil: a D. Miguel Martín Casals.

–A propuesta de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: a D. Javier Castillo García y a D^a. Ana García Barona.

–A propuesta del Consorcio de Compensación de Seguros: a D. Celedonio Villamayor Pozo.

–A propuesta de la Secretaría General Técnica – Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, a D^a. Flora María Pérez Almoguera.

También asistirá como vocal de pleno derecho la Directora General para la Eficiencia del Servicio Público de Justicia, al haber asumido las funciones de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia del Ministerio de Justicia (posteriormente Dirección General para el Servicio Público de Justicia del Ministerio de Justicia), conforme al artículo 2.2 a) del Real Decreto 204/2024, de 27 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, y se modifica

- 2 -

CSV : GEN-4db0-f137-fdab-f667-80a1-de03-ad72-3181

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : JOSE ANTONIO FERNANDEZ DE PINTO | FECHA : 01/04/2026 14:54 | Sin acción específica



CSV : GEN-7bc7-7a2c-1154-c28e-8018-312c-3251-ef3a

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : SELLO DE ENTIDAD AEAD | FECHA : 06/04/2026 11:50

FIRMANTE(2) : ALBERTO GARCIA GONZALEZ | FECHA : 06/04/2026 16:47 | Sin acción específica



INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V.: GEN-7bc7-7a2c-1154-c28e-8018-312c-3251-ef3a | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V.: GEN-4db0-f137-fdab-f667-80a1-de03-ad72-3181 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>



VICEPRESIDENCIA PRIMERA DEL GOBIERNO
MINISTERIO DE ECONOMÍA, COMERCIO Y EMPRESA
MINISTERIO DE PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración

el Real Decreto 1012/2022, de 5 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Abogacía General del Estado, se regula la inspección de los servicios en su ámbito y se dictan normas sobre su personal.

Tercero. La presidencia de la Comisión continuará el orden rotatorio semestral iniciado conforme a lo dispuesto por la Resolución conjunta de 27 de marzo de 2017, del Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia y del Director General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

Cuarto. - Contra esta resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada en el plazo de un mes, que podrá presentarse ante la Secretaría General Técnica- Secretariado del Gobierno del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, o ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones o ante la Subsecretaría de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes o la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, siendo estos dos últimos órganos conjuntamente los competentes para resolverlo, de conformidad con lo establecido en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Asimismo, contra la resolución del recurso de alzada procederá recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid en el plazo de dos meses, a partir del día siguiente a su notificación o publicación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 10.1.i), 25 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

El Director General de Seguros y
Fondos de Pensiones

Ministerio de Economía, Comercio
Empresa

El Secretario General Técnico-Director
del Secretariado del Gobierno,

Ministerio de la Presidencia, Justicia y
Relaciones con las Cortes

José Antonio Fernández de Pinto

Alberto García Gonzalez

- 3 -

CSV : GEN-4db0-f137-fdab-f667-80a1-de03-ad72-3181

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : JOSE ANTONIO FERNANDEZ DE PINTO | FECHA : 01/04/2026 14:54 | Sin acción específica



CSV : GEN-7bc7-7a2c-1154-c28e-8018-312c-3251-ef3a

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://run.gob.es/hsbIF8yLcR>

FIRMANTE(1) : SELLO DE ENTIDAD AEAD | FECHA : 06/04/2026 11:50

FIRMANTE(2) : ALBERTO GARCIA GONZALEZ | FECHA : 06/04/2026 16:47 | Sin acción específica





**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ABOGADOS
ESPECIALIZADOS EN
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO**

asociacionabogadosrcs.org

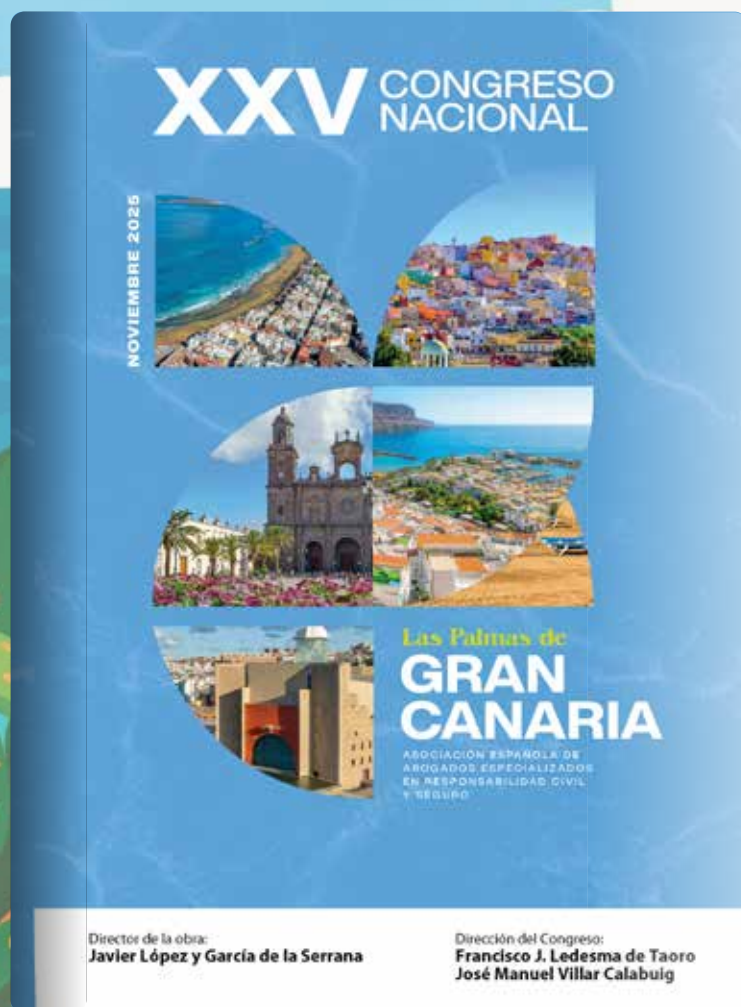
902 361 350

PONENCIAS

RESPONSABILIDAD CIVIL, SEGURO Y TRÁFICO

XXV CONGRESO NACIONAL

GRAN CANARIA



El **XXV Congreso Nacional** de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, celebrado en **Las Palmas de Gran Canaria** en noviembre de 2025, reunió a los expertos más destacados para debatir los retos y las novedades del sector.

El "Libro de Ponencias XXV Congreso Nacional" es la **herramienta indispensable** que le proporcionará una visión profunda y actualizada de las áreas más conflictivas del Derecho de Seguros y la Responsabilidad Civil.

Páginas: 812 | Publicado: 11/2025 | Precio: 61.80€+iva

Autores:

- Javier López y García de la Serrana
- María Medina Alcoz
- Mariano Yzquierdo Tolsada
- Gonzalo Iturmendi Morales
- José Pérez Tirado
- Mariano Medina Crespo
- José Antonio Badillo Arias
- Miguel Guerra Pérez
- Pedro José Vela Torres
- Manuel Almenar Belenguer
- Ana María Orellana Cano

Consíguelo aquí:

<https://bit.ly/GranCanaria2025RCyS>



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ABOGADOS
ESPECIALIZADOS EN
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

SEPIN
Editorial Jurídica

XXVI CONGRESO NACIONAL

5-7 NOV 2026

HUESCA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ABOGADOS ESPECIALIZADOS
EN RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGURO



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ABOGADOS
ESPECIALIZADOS EN
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO