



**Trabajo de Fin de Máster**

---

**LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL  
DE LA ADMINISTRACIÓN POR  
NEGLIGENCIAS MÉDICAS**

---

Presentado por:

**Alejandro Edo Basilio**

Tutora:

**María Lidón Lara Ortiz**

**Máster Universitario en Abogacía**

Curso académico 2019/20  
Fecha de defensa: Enero 2020

## **Resumen**

---

El trabajo que nos ocupa se desarrolla en torno a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, específicamente en materia sanitaria. El punto de partida es una introducción de la responsabilidad patrimonial en España, un pequeño repaso sobre el concepto, características y presupuestos más importantes sobre la responsabilidad sanitaria, y una revisión de las exigencias temporales y formales para su reclamación. Citamos las negligencias reconocidas más comunes. Se lleva a cabo un estudio práctico sobre la probatoria del error médico y el cálculo de la indemnización. Por último, determinar la posición del TS en casos concretos y las conclusiones alcanzadas.

## **Palabras clave**

---

Responsabilidad patrimonial, Administraciones Públicas, servicios públicos sanitarios, Ley, jurisprudencia, negligencia médica.

## **Abstract**

---

The work that concerns us is developed around the patrimonial responsibility of the Public Administrations, specifically in the sanitary scope. The starting point is an approach to public Administration liability Spain, a small review of the concept, characteristics and requirements more important about health public service responsibility, and a review of the temporary and formal requirements for your claim. We quote the most common recognized negligence. A case study is carried out on the proof of medical error and the calculation of compensation of the injuries. Finally, we will examine the position of the Supreme Court of Spain in specific cases and we show the conclusions reached through this paper.

## **Keywords**

---

Patrimonial responsibility, public administrations, public health services, Law, jurisprudence, medical negligence.

## ÍNDICE:

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>4</b>
<b>2. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN POR NEGLIGENCIAS MÉDICAS.</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Caracterización de la responsabilidad patrimonial.</b>	<b>5</b>
2.1.1. <i>Concepto.</i>	<b>5</b>
2.1.2. <i>Características de la responsabilidad en el ámbito sanitario.</i>	<b>6</b>
2.1.3. <i>Presupuestos de la responsabilidad desde la perspectiva sanitaria.</i>	<b>8</b>
2.1.3.1. <i>Lesión resarcible.</i>	<b>8</b>
2.1.3.2. <i>Sujetos.</i>	<b>10</b>
2.1.3.3. <i>Causalidad del daño.</i>	<b>11</b>
2.1.3.4. <i>Ausencia de fuerza mayor.</i>	<b>12</b>
<b>2.2. Normativa aplicable.</b>	<b>13</b>
<b>2.3. La exigencia de responsabilidad en el área sanitaria.</b>	<b>13</b>
2.3.1. <i>Tiempo y forma.</i>	<b>13</b>
2.3.2. <i>Prescripción de la acción.</i>	<b>15</b>
<b>2.4. Negligencias sanitarias más comunes reconocidas judicialmente.</b>	<b>15</b>
<b>2.5. Probatoria del error médico.</b>	<b>19</b>
<b>2.6. Doctrina general sobre la actividad de medios y resultados.</b>	<b>25</b>
<b>2.7. La indemnización.</b>	<b>25</b>
<b>2.8. Posición del TS.</b>	<b>28</b>
<b>3. CONCLUSIONES.</b>	<b>31</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>33</b>
<b>5. JURISPRUDENCIA.</b>	<b>35</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

El objeto de este trabajo es realizar un análisis sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración, concretamente sobre las negligencias médicas, examinando las líneas legales y analizando la doctrina, así como la jurisprudencia más reciente. Realizaremos un análisis de la tipología de las negligencias más comunes, especificando la probatoria del error médico y la relevancia actual de la prueba documental.

En España tenemos un generoso, porque rige para todas las Administraciones Públicas, y avanzado sistema de responsabilidad patrimonial por los daños que eventualmente se ocasionan como consecuencia del funcionamiento anormal, o incluso del funcionamiento normal, de las Administraciones Públicas, y un sistema que naturalmente incluye también los servicios sanitarios. Y lo que es más relevante, que es de naturaleza objetiva, y que no es preciso demostrar la exigencia de culpa o de negligencia, sino únicamente demostrar la realidad de una lesión en el patrimonio o en los derechos de los ciudadanos que sea imputable a la Administración<sup>1</sup>.

El Estado debe indemnizar los daños causados a los ciudadanos por su actuación, y no solo cuando medie culpa o negligencia sino en todo caso en que haya habido una lesión resarcible como consecuencia de la prestación de sus servicios con ciertas matizaciones que estudiaremos<sup>2</sup>, estableciéndose un sistema de responsabilidad objetivo.

El instituto de la responsabilidad patrimonial consagrado constitucionalmente en el artículo 106.2<sup>3</sup> de nuestra Carta Magna nació para reparar aquellos daños y perjuicios causados a los ciudadanos por la Administración como consecuencia de su actividad o pasividad al intentar

---

<sup>1</sup> GUEMES, J.J., <<La responsabilidad patrimonial sanitaria y el sistema nacional de salud de la comunidad de Madrid>> en M. Zabía Lasala (dir.), Jornadas sobre la función consultiva, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, pág. 124.

<sup>2</sup> GARRIDO, V., <<La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas como objeto de la función consultiva ¿necesidad de una reforma?>> en M. Zabía Lasala (dir.), Jornadas sobre la función consultiva, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, pág. 93.

<sup>3</sup> Art. 106.2 CE: <<Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos>>.

defender los intereses generales de éstos en cumplimiento del mandato del artículo 103.1<sup>4</sup> de la Constitución, y en la actualidad está considerado junto con el principio de legalidad un pilar básico del derecho administrativo<sup>5</sup>. Esto, sin embargo, no significa que por ser objetivo se configure como una especie de seguro universal.

## **2. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN POR NEGLIGENCIAS MÉDICAS**

### **2.1. Caracterización de la responsabilidad patrimonial**

#### **2.1.1. Concepto**

Hoy en día, la actividad de la Administración se encuentra presente en casi todas las manifestaciones de la vida en sociedad. Debido a los riesgos constantes que se crean y que, pueden acabar materializándose en perjuicios en patrimonios personales cuyos titulares no tienen deber jurídico de soportar, es necesaria la existencia de un medio de reparación de estos perjuicios. Siguiendo a reconocida doctrina<sup>6</sup>, es evidente que en nuestra legislación administrativa hay un reconocimiento absoluto y pleno de lo que sería la responsabilidad extracontractual, mecanismo que nos permite exigir de la misma la indemnización de los daños y perjuicios que ocasiona la actividad de los poderes públicos en nuestro patrimonio, en este caso en el ámbito sanitario.

El concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración, consagrado en el art. 106.2 de la Constitución Española y desarrollado por la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y la configuración que de esta figura ha ido construyendo la jurisprudencia, viene exigiendo para que resulte viable la reclamación de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, que el particular

---

<sup>4</sup> Art. 103.1 CE: <<La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho>>.

<sup>5</sup> ALARCÓN, V., <<La responsabilidad patrimonial en la Administración sanitaria>>, Universidad de Murcia, pág. 306.

<sup>6</sup> BELLO, D., *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, ed. Reus, Madrid, 2009. Pág. 116.

sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar y que sea real, concreta y susceptible de evaluación económica; que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y que, por tanto, exista una relación de causa-efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

### 2.1.2. Características de la responsabilidad en el ámbito sanitario

Siguiendo a la doctrina<sup>7</sup>, son rasgos propios del sistema que se trata de un sistema responsabilidad directa y objetiva, por contraposición a la responsabilidad extracontractual del Derecho Privado como aplicación especial y específica del principio universal de responsabilidad aquiliana del art. 1902 del Código Civil. Por tanto, ambos conceptos, implican la necesidad de superar tanto la responsabilidad subsidiaria como la de existencia de culpabilidad de la Administración ante el daño a reparar.

Se deduce que la responsabilidad de la Administración Pública es una responsabilidad directa y objetiva, del texto del artículo 139 LRJAP. De este artículo se desprende que la responsabilidad de la Administración Pública es directa pues la misma no responde subsidiariamente, y objetiva ya que basta con que el daño se produzca como consecuencia del funcionamiento del servicio público, con independencia de que sea normal o anormal<sup>8</sup>.

Directa. – En la misma línea que doctrina especializada<sup>9</sup>, alude al hecho de que para la exigencia de responsabilidad no es preciso que el particular perjudicado se dirija contra la persona física causante material del daño, sino

---

<sup>7</sup> LEONARDO, L.A., <<La responsabilidad patrimonial de la administración como resultado de la anulación de un acto administrativo (a propósito de la STS, Sala 3a, de 17 de febrero de 2015, Rec. 2335/2012)>>, 2019, pág.4, Disponible en <<<http://laadministraciondiala.inap.es/noticia.asp?id=1508286>>>.

<sup>8</sup> ALARCÓN, V., <<La responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria>>, Universidad de Murcia, pág. 317.

<sup>9</sup> ASÚA, C., *Responsabilidad de la Administración en la sanidad y en la enseñanza*, ed. Montecorvo, Galicia, 2000, pág. 182.

GALLEGO, S., <<Introducción al derecho sanitarios: Responsabilidad penal y civil de los profesionales sanitarios>>, Oviedo, 2003, pág. 4.

que es suficiente con hacerlo respecto de la Administración Pública de la que aquella depende, quien se dirigirá, en su caso, contra el autor material referido.

En la normativa vigente, incluso, ni siquiera es posible el demandar directamente al profesional sanitario (autor material) más que en la vía penal; buscando su responsabilidad personal o la subsidiaria de la Administración. En la vía Contencioso–Administrativa funciona este planteamiento, de algún modo, al contrario, pues la acción se dirige contra la Administración y es ésta, una vez pagada la indemnización (en su caso), quien se dirige contra el profesional responsable<sup>10</sup>.

El hecho de que la Administración responda en primer término de los daños causados por sus empleados trae su causa en la garantía de resarcimiento del particular frente a una eventual insolvencia del trabajador.

Objetiva. – En el mismo sentido que la doctrina<sup>11</sup>, este principio de responsabilidad patrimonial hace que la posibilidad de exigir responsabilidad sea ajena a la concurrencia de culpa en el agente causante del daño o al hecho de si el servicio público funcionó de forma normal o anormal.

Como visión positiva de esta formulación podemos decir que supone una amplia posibilidad de cobertura para el ciudadano ante eventuales daños por la asistencia sanitaria pública, ya que, salvo concurrencia de fuerza mayor, atribuye indemnización con la sola concurrencia de: acción u omisión de la Administración, daño causado a un particular, y relación causal entre ambos elementos. Así, por ejemplo, como concurrencia de fuerza mayor, la STSJ M<sup>12</sup> de 29 de diciembre 2006, desestima el recurso del perjudicado por negligencia, por no apreciar una relación causal determinante entre la deficiencia en la practica asistencial dispensada y las secuelas que sufre el paciente.

Es preciso tener en cuenta que la responsabilidad sanitaria se configura como una garantía para el ciudadano. Criterio seguido por la tradición romana,

---

<sup>10</sup> Vid. STS. Roj: STSJ ICAN 2186/2016 - ECLI: ES:TSJICAN:2016:2186 (Tribunal Supremo, 20 de septiembre de 2016); STS. Roj: STS 4019/2018 - ECLI: ES:TS:2018:4019 (Tribunal Supremo, 20 de noviembre de 2018).

<sup>11</sup> BELLO, D., Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, cit., pág. 135.

<sup>12</sup> Vid. STSJ M. ROJ: STSJ M 14173/2006 - ECLI: ES:TSJM:2006:14173 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 29 de diciembre de 2006).

recuérdese la Ley Aquilea<sup>13</sup>, nuestro entorno comunitario y el criterio del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea a partir del artículo 288 del Tratado CEE<sup>14</sup>.

### *2.1.3. Presupuestos de la responsabilidad desde la perspectiva sanitaria*

#### **2.1.3.1. Lesión resarcible**

Siguiendo a la doctrina<sup>15</sup>, señala la necesidad de que para que una lesión sea resarcible por la Administración debe ser consecuencia de una acción administrativa antijurídica, efectiva, evaluable económicamente e individualizada. Si en la acción de la administración no concurren estas características no cabría indemnización o reparación del daño por parte de la administración<sup>16</sup>.

Para que una lesión sea indemnizable debe ser antijurídica<sup>17</sup> tanto en cuanto esa acción no tenga que ser soportada por el sujeto perjudicado. En la asistencia sanitaria, que es lo que nos ocupa, existen mayores problemas a la hora de evaluar que daños son resarcibles o no. Como es obvio, la administración sanitaria no puede garantizar la recuperación o curación de los pacientes, aunque si debe garantizar el adecuado trato y atendimento de este por sus recursos sanitarios. Es precisamente este deber de garantía del buen

---

<sup>13</sup> En ese sentido, recuérdese que en la ley Aquilea se consideró responsable a quien producía un daño no solo por dolo, sino "por culpa y por impericia en la profesión o arte que se ejerce", por ejemplo, el médico que <<por falta de conocimientos diese un medicamento nocivo>>, equiparándose de ese modo <<la impericia a la culpa>>.

<sup>14</sup> Art. 288 TCEE: <<La responsabilidad contractual de la Comunidad se regirá por la ley aplicable al contrato de que se trate>>.

En materia de responsabilidad extracontractual, la Comunidad deberá reparar los daños causados por sus instituciones o sus agentes en el ejercicio de sus funciones, de conformidad con los principios generales comunes a los Derechos de los Estados miembros.

El segundo párrafo se aplicará en las mismas condiciones a los daños causados por el Banco Central Europeo o por sus agentes en el ejercicio de sus funciones.

La responsabilidad personal de los agentes ante la Comunidad se regirá por las disposiciones de su estatuto o el régimen que les sea aplicable.

<sup>15</sup> ALARCON, V., La responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, cit., pág. 317.

<sup>16</sup> Art. 32.2 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público <<en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas>>.

<sup>17</sup> Art. 34 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público <<...serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley...>>.



atendimiento el que en ocasiones se ve discutido a raíz de la presencia de lesiones, secuelas, incapacidades o incluso el fallecimiento de los pacientes. Punto de vista bien asentado en nuestra jurisprudencia<sup>18</sup>. Por ejemplo, en la STS de 30 de abril de 2013 y en la STS de 17 de enero de 2012 (comentadas en el epígrafe 2.8., pág. 27, del presente trabajo), en la primera, el TS determina que el desgarró en el cuello del útero durante la intervención a la paciente y la hemorragia que ello supuso es una situación posible y no es imputable a la Administración, pero si lo es el hecho de que no dispusiera de los medios para revertir esta situación previsible. En la siguiente, el TS obliga a indemnizar a la Administración basándose en la teoría de la “pérdida de oportunidad”, ya que de haberse producido antes la intervención las posibilidades de sobrevivir del paciente hubieran sido mucho mayores.

Para este tipo de casos la administración utiliza el criterio de la *lex artis ad hoc*<sup>19</sup>, según el cual sólo existe responsabilidad cuando se actúe de acuerdo con otros criterios que no sean los habituales o de los protocolos establecidos. En este caso la parte que reclame la responsabilidad de la administración sobre una actuación en particular debe aportar pruebas suficientes que acrediten que no se siguieron los criterios habituales ni los protocolos establecidos para según qué actuaciones<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Vid. STS Roj: 7548/1998 – ECLI:ES:TS:7548:1998 (Tribunal Supremo, 8 de septiembre de 1998); STS Roj: 9427/1998 – ECLI:ES:TS:9427:1998 (Tribunal Supremo, 9 de diciembre de 1998); STS Roj: 4074/1998 – ECLI:ES:TS:4074:1998 (Tribunal Supremo, 29 de mayo de 1998); STS Roj: 1977:2013 – ECLI:ES:TS:2013:1977 (Tribunal Supremo, 30 de abril de 2013); STS Roj: 24/2012 – ECLI:ES:TS:2012:24 (Tribunal Supremo, 17 de enero de 2012).

<sup>19</sup> El concepto de <<Lex artis ad hoc>> es una construcción jurisprudencial que se ha ido perfilando en varias sentencias a lo largo de los años, siendo quizás la más significativa de todas ellas la del Tribunal Supremo de fecha 11 de marzo de 1991 (STS. Roj: 1400/1991 - ECLI: ES:TS:1991:1400), que la define como <<aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos - estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)>>.

<sup>20</sup> LEONARDO, L. A., <<La responsabilidad patrimonial de la administración como resultado de la anulación de un acto administrativo (a propósito de la STS, Sala 3a, de 17 de febrero de 2015), Rec. 2335/2012>>, 2019, pág. 5, vid. <http://laadministraciondiala.inap.es/noticia.asp?id=1508286>.

### 2.1.3.2. Sujetos

El sujeto activo en el caso de la responsabilidad administrativa siempre será aquella entidad responsable de ocasionar el daño o lesión objeto de reparación o indemnización.

Tal y como recogía en su artículo 2 la Ley 30/92 de Régimen de las Administraciones Públicas y como recoge ahora el artículo 2 de la ley que la deroga, la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas se consideran administraciones públicas y por tanto entidades responsables administrativamente a la Administración General del Estado, a las administraciones de las comunidades autónomas y a las entidades que integran la administración local, también tendrán esta consideración los organismos públicos y las entidades de derecho público o privado vinculadas o dependientes de las administraciones públicas y las universidades públicas que se rijan por su propia normativa específica.

La Ley 39/2015 incorpora las entidades de derecho privado vinculadas o dependientes de las administraciones públicas como entidades responsables administrativamente, antes en la Ley 30/92 no se hacía mención a este tipo de entidades por lo que no se consideraban sujetos activos de la responsabilidad administrativa.

El segundo sujeto participe de la responsabilidad patrimonial es el sujeto pasivo, es decir el, la, los o las personas físicas o jurídicas que soportan la lesión o daño en cualquiera de sus bienes o derechos como consecuencia del normal o anormal funcionamiento de la administración.

En el caso de la responsabilidad patrimonial de la administración en el ámbito sanitario, sin duda, el sujeto pasivo será el paciente del servicio público de salud y sus familiares.

### 2.1.3.3 Causalidad del daño

Siguiendo a doctrina especializada<sup>21</sup>, para que exista, por tanto, indemnización y responsabilidad de la administración es necesario que exista un nexo causal entre la acción u omisión a la que se le imputa el daño y el propio daño o lesión.

Como sostiene la doctrina<sup>22</sup>, el Tribunal Supremo tiene aceptados para el nacimiento de responsabilidad de la Administración, en términos de la Audiencia Territorial de Madrid en sentencia de 4 de noviembre de 1985 (Sala 4ª), <<... que se pueda establecer un vínculo de causalidad entre el agente público y el resultado lesivo, y no estemos en presencia de un caso de fuerza mayor, única circunstancia exonerante de ese deber general de responsabilidad que incumbe a los servicios públicos ...>>.

Sobre este parecer, de entre las diversas teorías causalistas, el Tribunal Supremo se ha inclinado por el sistema de imputación que ha sido denominado por la doctrina como de <<equivalencia de las condiciones>> o de la <<conditio sine qua non>>. Así, la STS<sup>23</sup>, de 6 de noviembre de 1998, y cuyo fundamento jurídico tercero expone la teoría de causalidad mencionada.

Por ejemplo, siguiendo con las sentencias comentadas en la pág. 27 del presente trabajo, es evidente que en el caso de la paciente intervenida existe un nexo causal entre la lesión de la paciente y la acción de la Administración, pues si el centro hubiese dispuesto de los medios para revertir la hemorragia interna esta no hubiese sufrido una parada cardiorrespiratoria.

---

<sup>21</sup> PECES, J.E., <<Criterios jurisprudenciales en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria>> en M. Zabía Lasala (dir.), *Jornadas sobre la función consultiva*, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, p. 138.

<sup>22</sup> PANTALEÓN, F. Los anteojos del civilista: Hacia una revisión del régimen de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas. *Documentación Administrativa*, nº 237-238, 1994, pág. 241.

<sup>23</sup> Vid. STS. Roj: STS 6515/1998 - ECLI:ES:TS:1998:6515 (Tribunal Supremo, 6 de noviembre de 1998).

#### 2.1.3.4 Ausencia de fuerza mayor

La fuerza mayor se produce en aquellos casos en los que concurre una causa extraña, siendo el acontecimiento productor de la lesión exterior al servicio u organización en cuyo seno se produce la lesión.

La fuerza mayor produciría la ruptura del nexo de causalidad y su prueba corresponde a la Administración. En este sentido dispone la AN<sup>24</sup>: " el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquella responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quien padeció el perjuicio actuó con prudencia".

Debe distinguirse la fuerza mayor<sup>25</sup> del caso fortuito<sup>26</sup>, que se refiere a eventos internos, intrínsecos al funcionamiento de los servicios públicos, producidos por la misma naturaleza y por los que sí debe responder la Administración pública en caso de daños<sup>27</sup>.

Siguiendo a la doctrina<sup>28</sup>, determinadas las acciones u omisiones antijurídicas, la culpa, el daño, y la relación causal entre aquellas y éste, es evidente que son los médicos demandados quienes, para eludir su responsabilidad, deben acreditar la concurrencia de caso fortuito o fuerza mayor. Ello se traduce en una inversión de la carga de la prueba, art. 217.3 LEC.

---

<sup>24</sup> Vid. SAN. Roj: SAN 1025/2018 - ECLI: ES:AN:2018:1025 (Audiencia Nacional, 23 de marzo de 2018).

<sup>25</sup> Vid. STSJ M. Roj: STSJ M 14173/2006 – ECLI: ES:TSJM:2006:14173 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 29 de diciembre de 2006).

<sup>26</sup> Vid. STSJ CL. Roj: STSJ CL 3045/2019 – ECLI:ES:TSJCL:2019:3045 (Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha, 28 de junio de 2019).

<sup>27</sup> ASÚA, C., *Responsabilidad de la Administración en la sanidad y en la enseñanza*, ed. Montecorvo, cit., págs. 224 - 225.

<sup>28</sup> BELLO, D., *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, cit., Pág. 142.

## **2.2. Normativa aplicable**

La regulación básica se contiene en los artículos 106 de la Constitución Española y 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El artículo 106.2 de la Constitución Española establece que los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las lesiones sufridas en sus bienes y derechos por el funcionamiento de los servicios públicos, excepto en los casos por fuerza mayor.

El artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, establece que <<los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos como consecuencia de la aplicación de actos legislativos de naturaleza no expropiatoria de derechos que no tengan el deber jurídico de soportar cuando así se establezca en los propios actos legislativos y en los términos que en ellos se especifiquen>>. A su vez, añade, que la responsabilidad del Estado legislador podrá surgir también cuando los daños deriven de la aplicación de una norma con rango de ley declarada inconstitucional y cuando los daños deriven de la aplicación de una norma contraria al Derecho de la Unión Europea. Así, se integra perfectamente, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial, la actividad legislativa tanto nacional como comunitaria. Ahora bien, estrictamente, no estaríamos ante una responsabilidad patrimonial de la Administración; sin embargo, se ha decidido que sea este cauce por el que se exija tal responsabilidad.

## **2.3. La exigencia de responsabilidad en el área sanitaria**

### **2.3.1. Tiempo y forma**

La exigencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración por parte del lesionado o afectado por las acciones cometidas por la administración y que sean objeto de indemnización y reparación por la administración causante deben efectuarse acorde a unos criterios de tiempo y de forma.

El procedimiento indemnizatorio consta de los siguientes trámites. En primer lugar, la incoación, que es el momento inicial del procedimiento de

exigencia de responsabilidades a la administración, en este caso sanitaria. Puede iniciarse de oficio o por parte de la administración, aunque este caso no se suele dar sino en supuestos muy específicos<sup>29</sup>, así consta en el art. 67 Ley 39/2015 Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La reclamación debe constar de una descripción detallada de las lesiones producidas por la acción de la administración, la propia acción que da lugar a las lesiones y el nexo causal entre estos. Como información adicional se pueden aportar otra serie de datos de interés (fechas, personas, circunstancias), tal como lo delimita el art. 66.1 Ley 39/2015 Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas<sup>30</sup>.

El segundo momento en el procedimiento de exigencia de responsabilidades es la instrucción. Este momento procesal se les atribuye legalmente a los directores provinciales de las entidades responsables de la asistencia sanitaria a la que perteneciere el centro o servicio sanitario causante del daño. Su finalidad es la de esclarecer los hechos y dotar de contenido a la resolución, para ello valoraran las pruebas, los informes y el trámite de audiencia.

La terminación es el tercer momento procesal y tiene lugar en forma de resolución administrativa, resolución que agota la vía administrativa y abre la contenciosa. Según el art. 24.1 Ley 39/2015, la terminación del procedimiento puede llevarse a cabo mediante silencio administrativo negativo de seis meses tras la presentación de la reclamación. Por último, puede finalizar el procedimiento en acuerdo, entre la administración causante del daño y el lesionado o perjudicado por la acción administrativa.

En cuanto al tiempo establecido para la reclamación de la indemnización o la exigencia de responsabilidades por parte de la administración en materia sanitaria es de un año (art. 67 Ley 39/2015), dicho periodo de tiempo es improrrogable, pero si es interrumpible.

---

<sup>29</sup> Vid. STSJ CAT. Roj: STSJ CAT 11999/2006 – ECLI:ES:TSJCAT:2006:11999 (Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, 5 de octubre de 2006).

<sup>30</sup> Nombre y apellidos del interesado o representante; identificación del medio físico o digital de notificación; hechos, razones y petición de solicitud; lugar y fecha; firma del solicitante o acreditación de la autenticidad; y órgano, centro o unidad administrativa a la que se dirige.

### 2.3.2. Prescripción de la acción

El periodo de un año de duración del plazo para la reclamación de la indemnización es variable según de qué tipo de daño se trate. En la línea de reconocida doctrina<sup>31</sup>:

- En caso de daños permanentes, es decir, aquellos cuyo resultado lesivo queda determinado al momento de la producción del hecho dañoso o lesivo el periodo de un año para exigir responsabilidades a la administración comienza en el momento en el que se produce el daño.
- En cambio, en aquellos supuestos en los que el daño es continuado, es decir, el daño se produce de manera continuada en el tiempo, el plazo de un año se iniciara el día en el que los efectos cesen, es decir, cuando se produzca la recuperación o curación del lesionado.

Sobre estas premisas la línea Jurisprudencial del Tribunal Supremo diferencia entre los llamados daños permanentes y daños continuados<sup>32</sup>.

La jurisprudencia es clara referente a la flexibilidad del periodo de un año: es inflexible y la pérdida del periodo, incluso por horas, supone la extinción de la acción reclamatoria<sup>33</sup>.

Este periodo de un año responde al llamado principio “*actio nata*” (nacimiento de la acción) que viene a explicar que el plazo de prescripción comienza en el momento en el que esta puede ejercitarse.

### 2.4. Negligencias sanitarias más comunes reconocidas judicialmente

Entre las causas más comunes de negligencias reconocidas por los tribunales, que generan con mayor frecuencia la obligación de indemnizar, se encuentran las siguientes:

---

<sup>31</sup> BELLO, D., *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, cit. pág. 227.

<sup>32</sup> Vid. STS. Roj: STS 1601/2014 - ECLI: ES:TS:2014:1601 (Tribunal Supremo, 31 de marzo de 2014).

<sup>33</sup> Vid. STS. Roj: STS 7007/2011 - ECLI: ES:TS:2011:7007 (Tribunal Supremo, 24 de octubre de 2009).

Impericia<sup>34</sup>. La impericia en el sector médico se produce cuando el profesional que te asiste tiene conocimiento o habilidad escasa para poder interpretar los signos y síntomas que tiene el paciente. Por tanto, no puede hacer un buen diagnóstico. También se da cuando el médico tiene formación escasa para poder realizar alguna intervención diagnóstica o terapéutica.

Imprudencia<sup>35</sup>. Un médico incurre en imprudencia cuando actúa de forma temeraria y confía excesivamente en que el cuadro clínico presente no tiene la importancia que realmente tiene.

También se produce cuando el profesional tiene la percepción de que las complicaciones que pueda tener el paciente, de carácter grave no van a ocurrir. Si esto pasa, lo más probable es que el facultativo no tome medidas para prevenir estas posibles consecuencias.

Por ejemplo, fue imprudente, en el caso de las SSTS comentadas anteriormente sobre la mujer a la cual le interrumpen el embarazo, el hecho de que el centro hospitalario no dispusiera de los medios para revertir una situación previsible (hemorragia interna), en ese tipo de intervenciones, como también lo fue el hombre que ingresa en urgencias con un fuerte dolor abdominal, al que no se le realiza prueba alguna para confirmar el diagnóstico, y acaba falleciendo después de varias horas.

Error en intervención quirúrgica<sup>36</sup>. En una intervención quirúrgica, como consecuencia de una mala práctica de la persona o equipo que le interviene, se generen daños o lesiones. Ejemplos claros pueden ser el daño de nervios durante la intervención, que se dejen dentro del paciente, tras la operación, instrumentos quirúrgicos o que se practiquen cortes incorrectos.

---

<sup>34</sup> Vid. STS. Roj: STS 7886/2012 - ECLI: ES:TS:2012:7886 (Tribunal Supremo, 4 de diciembre de 2012); STS. Roj: STS 4646/2012 - ECLI: ES:TS:2012:4646 (Tribunal Supremo, 26 de junio de 2012).

<sup>35</sup> Vid. STS. Roj: STS 6851/2007 - ECLI: ES:TS:2007:6851 (Tribunal Supremo, 23 de octubre de 2007); STSJ LR. Roj: STSJ LR 171/2018 – ECLI:ES:TSJLR:2018:171 (Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, 4 de abril de 2018).

<sup>36</sup> Vid. STS. Roj: STS 6891/2010 - ECLI: ES:TS:2010:6891 (Tribunal Supremo, 2 de diciembre de 2010); STSJ M. Roj: STSJ M 9109/2010 – ECLI:ES:TSJM:2010:9109 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 10 de junio de 2010).



Error en diagnóstico<sup>37</sup>. Un error en el diagnóstico puede ocasionar múltiples consecuencias, algunas muy graves. En primer lugar, hay que tener en cuenta que este error puede venir motivado por una falta de empleo de medios, es decir, que no hayan usado todos los medios posibles para dar con un diagnóstico. En este error también podríamos englobar los dos casos comentados, ya que durante la intervención a la mujer hubo un uso de medios deficiente al no buscar el origen de la hemorragia, y simplemente limitarse a practicarle unos puntos de sutura. En el caso del paciente con fuerte dolor abdominal hubo un claro error de diagnóstico, por una falta de pruebas complementarias en el momento de ingreso en urgencias, lo que provocó una pérdida de oportunidad de varias horas, falleciendo finalmente el paciente por una rotura de aneurisma.

Cuestión esta <<pérdida de oportunidad>> muy influyente y a tener en cuenta, pues si como consecuencia de retrasar el diagnóstico ya no se puede aplicar un tratamiento que hubiera curado al paciente, sería una negligencia.

Prescripción inadecuada de medicamentos<sup>38</sup>. Una negligencia muy común también se da cuando el médico receta medicamentos equivocados. En ocasiones, puede que no tengan ningún tipo de efecto o que no provoquen daños, pero también puede ocurrir que el prescribir medicamentos inadecuados haga que empeore la situación del paciente, o que no avance la recuperación.

Falta de consentimiento informado<sup>39</sup>. En la mayoría de tratamientos, el facultativo suele hacer firmar una hoja con la información de los riesgos típicos del determinado tratamiento o intervención, para poder demostrar que ha cumplido con su deber de información. Pero si no se informa o no se hace correctamente y el paciente sufre un daño del que no había sido previamente informado, estaríamos ante una negligencia médica.

---

<sup>37</sup> Vid. STS. Roj: STS 2289/2016 - ECLI: ES:TS:2016:2289 (Tribunal Supremo, 25 de mayo de 2014); STSJ GLA. Roj: STSJ GAL 383/2006 – ECLI:ES:TSJGAL:2006:383 (Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 22 de febrero de 2006).

<sup>38</sup> Vid. STS. Roj: STS 2627/2019 - ECLI: ES:TS:2019:2627 (Tribunal Supremo, 22 de julio de 2019).

<sup>39</sup> Vid. STS. Roj: STS 1155:2019 - ECLI: ES:TS:2019:1155 (Tribunal Supremo, 9 de abril de 2019); STSJ CL. Roj: STSJ CL 3631/2017 – ECLI:ES:TSJCL:2017:3631 (Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha, 2 de octubre de 2010).

Error en cirugía estética<sup>40</sup>. La cirugía estética no se escapa al campo de las negligencias. De hecho, es uno de los campos donde más negligencias podemos encontrar. Esto es debido, en parte, a la cantidad de “falsas clínicas” con personal no cualificado y con titulación falsa que se dedica a practicar operaciones sin la formación necesaria.

Infecciones hospitalarias, infecciones intrahospitalarias o nosocomiales<sup>41</sup>. Las infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosocomiales son las que se contraen dentro del propio hospital. Es decir, si por ejemplo usan para curar a un paciente objetos que no están debidamente esterilizados y le transmiten alguna infección o enfermedad, se consideraría una negligencia por este motivo. Pero no todas las enfermedades contagiadas en el hospital son reclamables. Si, por ejemplo, un paciente con las defensas bajas coge un catarro por el aire acondicionado, no sería una negligencia.

Transmisión post-transfusional de enfermedades infecciosas<sup>42</sup>. Estos casos se producen cuando se hace una transfusión de sangre y se transmite alguna enfermedad o infección que portaba la persona donante del plasma.

Lesiones perinatales y las sufridas por la madre en el parto<sup>43</sup>. Este tipo de lesiones son las que se producen por el parto. Abarcaría tanto las que pudiera tener la madre como las que afecten al bebé. Una lesión que se puede producir es no comprobar que el niño quepa por la pelvis de la madre. Si al parir a la madre le daña la zona de la pelvis, puede considerarse una negligencia.

---

<sup>40</sup> Vid. STS. Roj: STS 4090/2013 - ECLI: ES:TS:2013:4090 (Tribunal Supremo, 19 de julio de 2013). SAP BI. Roj: SAP BI 2561/2012 – ECLI:ES:APBI:2012:2561 (Audiencia Provincial de Bilbao, 12 de diciembre de 2012).

<sup>41</sup> Vid. STS. Roj: STS 2763/2019 - ECLI: ES:TS:2019:2763 (Tribunal Supremo, 18 de julio de 2019); STSJ CV. Roj: STSJ CV 1911/2019 – ECLI:ES:TSJCV:2019:1911 (Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, 29 de marzo de 2019).

<sup>42</sup> Vid. STS. Roj: STS 8843/2007 – ECLI: ES:TS:2007:8843 (Tribunal Supremo, 5 de diciembre de 2007); STS. Roj: STS 5229/2001 – ECLI:ES:TS:2001:5229 (Tribunal Supremo, 19 de junio de 2001).

<sup>43</sup> Vid. STS. Roj: STS 2289/2016 – ECLI: ES:TS:2016:2289 (Tribunal Supremo, 25 de mayo de 2016); STSJ BAL. Roj: STSJ BAL 600/2019 – ECLI:ES:TSJBAL:2019:600 (Tribunal Superior de Justicia de Baleares, 2 de julio de 2019).

## 2.5. Probatoria del error médico

Aunque el artículo 32.1 de la Ley del Régimen Jurídico del Sector Público impone un régimen de responsabilidad objetiva, ya que basta con que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, lo cierto es que la jurisprudencia de la jurisdicción C-A<sup>44</sup> ha desarrollado toda una teoría sobre la exigencia de que el daño en todo caso debe ser antijurídico, así como una mayor consideración al elemento subjetivo, mediante el estudio concreto del dolo o la culpa, así como el análisis de motivaciones, finalidades, etc. A efectos prácticos, la demostración de la antijuridicidad del daño obliga al profesional del derecho a desarrollar una actividad probatoria muy similar a la del ámbito civil con el objetivo de demostrar además de la relación causa efecto entre el funcionamiento del servicio y el daño, la vulneración de la *lex artis* médica aplicada al caso concreto<sup>45</sup>. Así, la actividad que debe desarrollar el abogado para demostrar que el daño es antijurídico, o que el particular no tenía la obligación de soportarlo, va encaminada a demostrar un deficiente funcionamiento del servicio público asistencial. La forma de demostrar dicho deficiente funcionamiento de la administración sanitaria es similar a la forma de demostrar la culpa del profesional en el ámbito civil.

El relato de hechos probados verbal del cliente suele estar cuajado de inexactitudes derivadas de la ansiedad y preocupación con que cualquier persona vive este tipo de episodios y por la errónea interpretación de actos o posturas médicas que no son suficientemente explicadas a tiempo real.

Así, el primer paso, siempre es conseguir la historia médica completa del episodio asistencial, existiendo en nuestro derecho una forma legalmente prevista para ello:

- En el ámbito privado, por ejemplo, a través de las diligencias preliminares de juicio previstas en el artículo 256.1.5º bis de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

---

<sup>44</sup> Vid. STS. Roj: STS 2289/2016 – ECLI: ES:TS:2016:2289 (Tribunal Supremo, 25 de mayo de 2016).

<sup>45</sup> La *lex artis* como delimitadora de la responsabilidad patrimonial sanitaria. Vid. STS. Roj: STS 2769/2007 – ECLI: ES:TS:2007:2769 (Tribunal Supremo, 12 de abril de 2007).

- En el ámbito de la Administración, basta con solicitar una copia de la historia clínica directamente en los servicios atención al paciente que existen prácticamente en todos los hospitales y centros sanitarios. Derecho de acceso a ella reconocido en el art. 18.1 Ley 41/2002 de la Autonomía del Paciente.

Con ello conseguimos el acceso a la totalidad de la información clínica y la fijación de la historia clínica que en adelante ya no podrá ser variada ni manipulada al haber pasado el filtro de la fe pública que otorga el Letrado de la Administración de Justicia, en el ámbito civil, o tener naturaleza de documento público en el ámbito de la Administración.

Una vez que hemos conseguido la totalidad de la historia clínica y hemos decidido que existe suficiente fundamento para interponer una demanda, entran en juego al resto de medios probatorios previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 299), que, como sabemos, goza de carácter supletorio, reconocido en el art.4 LEC, en lo referente a la regulación procesal, tanto en la jurisdicción contencioso-administrativa, como en la penal, laboral y militar. Conviene centrarse en los hechos que pensemos podamos acreditar con posterioridad.

Prueba documental. El eje de esta prueba son las historias clínicas e informes médicos de todo tipo. Conviene su aportación completa a fin de evitar seguras alegaciones de contrario sobre ocultación de datos que también son relevantes, lo sean o no. Las historias clínicas siempre son un documento disponible para la parte, ya que, como ya hemos comentado, la Ley 41/2002, otorga el derecho al paciente de acceso a la historia clínica sin restricción alguna. Por lo que su no aportación por la parte con la demanda y pretensión de que sea el Juzgado el que oficie al Centro u Hospital correspondiente en el periodo probatorio, puede dar como resultado que nos podamos quedar sin esa prueba en virtud de los artículos 265.2 y 269 LEC.

Las historias clínicas e informes médicos realizados por la administración pública sanitaria tienen naturaleza de documento público a efectos procesales<sup>46</sup>. Es realmente extraña en la práctica la existencia de casos de manipulación de

---

<sup>46</sup> FLORES, I., <<Algunas consideraciones sobre el régimen jurídico-procesal de los informes clínicos>>, Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 2013, pág. 7.

historias clínicas, aunque su temor está muy extendido entre el paciente que reclama. Cuanto más compleja haya sido la asistencia médica, más difícil resulta su manipulación al intervenir una multitud de profesionales distintos en la confección de la historia, cuyas notas habría que coordinar perfectamente.

En el asunto, por ejemplo, del hombre con dolor abdominal, que acabo falleciendo por rotura de aneurisma, esta prueba será crucial. En la historia clínica aparecerán las pruebas realizadas al paciente, así como la hora en que estas fueron realizadas, denotando con ello el transcurso de varias horas sin reacción alguna por parte de los servicios asistenciales con la consecuente falta de oportunidad, y retraso en la intervención realizada, alegada por la demandante.

Interrogatorio de las partes<sup>47</sup>. Difícil es que la parte contraria nos de la oportunidad de repreguntar a nuestro propio cliente sobre sus vivencias durante el proceso médico asistencial. Su estrategia se encaminará a tratar el caso desde un punto de vista aséptico, deshumanizándolo todo lo posible, a fin de evitar cualquier sentimiento de compasión o solidaridad por parte del Juzgador. En caso de tener esa oportunidad, lo más aconsejable es permitir que el cliente descargue todas sus vivencias desde su punto de vista personal, sin mayor preparación, a fin de que no se resienta la frescura y sinceridad del testimonio.

El interrogatorio al presunto responsable del error médico debe ser muy concreto y centrado en los extremos exactos donde a nuestro juicio ha sucedido el error o negligencia con referencia a anotaciones directas de la historia médica. Evitar que su testimonio se convierta en una cascada de datos y doctrina médica más o menos aplicable al caso cuya finalidad no es otra que aturdir al Juzgador.

Prueba pericial<sup>48</sup>. La prueba pericial es el eje fundamental de la actividad probatoria a desarrollar en los casos de error médico. Nuestra forma de actuar con respecto a esta prueba debe tener en cuenta cuáles son los criterios de la jurisprudencia a la hora de la valoración de la misma. Los dos grandes criterios

---

<sup>47</sup> ABEL, X., *El interrogatorio de los testigos*, BOSCH, Barcelona, 2007, pág. 26 y ss.

<sup>48</sup> SOTELO, A., <<El perito médico y su informe pericial, como parte de la prueba judicial>> en J. Picó i Junoy (dir.), *Peritaje y prueba pericial*, BOSCH, Barcelona, 2017, Pág. 389.

que utilizan los juzgados y tribunales para la valoración de esta prueba son la especialidad del perito y el origen o designación independiente del mismo.

El particular está en una gran desventaja frente a las grandes compañías aseguradoras de responsabilidad civil médica en cuanto a los recursos periciales que puede poner en juego para la defensa de sus pretensiones. Las grandes aseguradoras acostumbran a llevar una pléyade de peritos de distintas especialidades que puedan tener algo que ver con el objeto de litigio. Es fácil ver dos o tres informes periciales distintos, a su vez firmados de forma colegiada por varios peritos.

Lo que nos lleva a que, respecto al criterio de especialidad, el particular siempre con menos medios económicos ha de intentar conseguir la mejor prueba pericial posible y defenderla de la mejor forma en juicio. Calidad frente cantidad.

En cuanto al criterio del origen (designación), es fácil revisar sentencias<sup>49</sup> en las que se da la preponderancia al perito nombrado judicialmente frente a los peritos de parte. Lo que nos lleva a la siempre difícil decisión desde el punto de vista de la defensa sobre si pedir o no la prueba pericial por nombramiento judicial, de la que lógicamente no vamos a tener control sobre su resultado<sup>50</sup>. Desde luego, las aseguradoras no lo van a hacer ya que cuentan con suficientes peritos que trabajan habitualmente para ellas y no quieren sustos.

Si el particular pide la designación judicial del perito, y éste en su informe avala las tesis de la demanda, las posibilidades de la sentencia estimatoria aumentan exponencialmente. Pero si no avala las tesis de la demanda, las posibilidades de ganar el caso disminuyen peligrosamente. La decisión de proponer prueba pericial de nombramiento judicial debe ser individual para cada caso concreto.

En la fase de intervención de los peritos en el acto de juicio, lo más importante, a nuestro juicio, es tener en cuenta que el artículo 347.1º.5ª LEC (supletoria según el art. 4 de la misma) ofrece la posibilidad de que el perito

---

<sup>49</sup> Vid. STS. Roj: STSJ PV 2872/2005 - ECLI: ES:TSJPV:2005:2872 (Tribunal Supremo, 27 de junio de 2005).

<sup>50</sup> ORELLANA, R., <<Un estudio crítico sobre los diferentes sistemas de designación de peritos y sobre las listas de peritos de la LEC>> en J. Picó i Junoy (dir.), *Peritaje y prueba pericial*, Barcelona, BOSCH, 2017, Pág. 114.

critique los dictámenes de la parte contraria reduciendo su intervención a una re-explicación de su propio informe.

Preguntar a nuestro perito en el acto de juicio por errores contenidos en los informes periciales contrarios respecto a la interpretación de la historia clínica, en datos como fechas, medicamentos, órdenes médicas, anotaciones de evolución, hojas de enfermería, ofrecen la oportunidad de introducir dudas sobre la solvencia de la prueba contraria.

Prueba testifical<sup>51</sup>. En esta área del derecho se aplica con profusión la previsión del artículo 370.4º LEC (supletoria), puesto que, por la propia naturaleza de los casos, muchos de los testigos (*testigos peritos*) van a tener conocimientos científicos sobre los hechos litigiosos. Esta prueba resulta muy importante en los casos en los que tratamos de demostrar errores médicos. Y ello por cuanto es muy normal que en el proceso médico asistencial hayan concurrido otros profesionales antes, a la vez y después del presunto error que pueden dar datos muy relevantes sobre el desarrollo de los hechos.

Dado que la actividad médica se documenta obligatoriamente en las historias clínicas, podemos saber con cierta antelación cuál ha sido la actitud y participación concreta de los testigos - peritos en los hechos. Muy posiblemente consten notas e informes en la historia acerca de su participación. Se trata posiblemente de la prueba más difícil y compleja que tiene que diseñar el abogado. Y ello por cuanto resulta muy difícil prever cuales van a ser las respuestas y si estas apoyarán la tesis de la demanda.

El hecho de que los testigos peritos tengan obligación de decir verdad (art. 365 LEC) ofrece al Juzgador una importante garantía de imparcialidad sobre las respuestas que dan basadas en sus conocimientos científicos. Asimismo, el hecho de que la participación de estos testigos - peritos en los actos médico - asistenciales que se enjuicia lo fuese a tiempo real y con la única intención de curar al paciente, dota a sus testimonios de mayor garantía de verdad que las elaboraciones posteriores de peritos que en muchas ocasiones se realizan

---

<sup>51</sup> ABEL, X., *El interrogatorio de los testigos*, cit., pág. 26 y ss.



meses y años después que sucedieran los hechos y con intención clara de defensa de las tesis de quién le contrata.

Como desventaja, lógicamente, las declaraciones de los testigos peritos nunca pueden ser tan elaboradas como las de los peritos que han empleado el tiempo necesario en reflexionar sobre el caso. Cuando es la parte contraria, normalmente la aseguradora de responsable civil médica, quien propone como testigos peritos a otros profesionales que intervinieron en el caso, muy posiblemente serán hostiles a nuestras tesis y habrá que preparar cuidadosamente su interrogatorio, con el asesoramiento previo de nuestro perito, sin olvidarse que a los testigos peritos les es aplicable el régimen de tachas previsto para los peritos, arts. 343 y 370.4 LEC, régimen que adquiere especial importancia en la jurisdicción contencioso administrativa donde los médicos testigos peritos serán en su mayoría dependientes de la propia Administración.

Debemos tener en cuenta siempre las novedosas doctrinas jurídicas aplicadas en nuestra jurisprudencia como la del daño desproporcionado<sup>52</sup> o inversión de la carga de la prueba (art.217.7 LEC) o de responsabilidad objetiva<sup>53</sup>. Son doctrinas todas ellas vivas y que van evolucionando en la jurisprudencia actual, existiendo distintas sensibilidades en su aplicación práctica. Todas ellas responden a la misma problemática: la incapacidad, en ocasiones, de alcanzar una prueba plena sobre lo que realmente sucedió. Bien por la complejidad de los actos médicos en sí, o bien porque la constancia o historización de los hechos dependen en muchas ocasiones de los propios profesionales que luego se ven acusados por el paciente, que lógicamente evitarán hacer constar datos que les puedan perjudicar u otras circunstancias análogas.

---

<sup>52</sup> Los juzgados suelen considerar que existe daño desproporcionado, cuando el daño que se ha generado al paciente es incompatible o no es proporcional a los riesgos inherentes a la intervención o tratamiento al que se ha sometido. Vid. STS. Roj: STS 4337/2018 - ECLI: ES:TS:2018:4337 (Tribunal Supremo, 19 de diciembre de 2018).

<sup>53</sup> Vid. STS. Roj: STS 2494/2015 - ECLI: ES:TS:2015:2494 (Tribunal Supremo, 19 de mayo de 2015).



## **2.6. Doctrina general sobre la actividad de medios o de resultados**

Ha sido objeto de discusión tradicionalmente si la responsabilidad del profesional médico en general es de medios o de resultados, o si existen ámbitos de la especialidad médica en la que prime una u otra.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo<sup>54</sup> a partir, sobre todo, de la Sentencia de 20 de noviembre de 2009 ha mantenido que la actividad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. La obligación del médico es poner los medios adecuados comprometiéndose a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis; a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención y a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. En tal sentido y con estas circunstancias el profesional médico no está obligado a garantizar el resultado esperado.

## **2.7. La Indemnización**

El cálculo de la indemnización por negligencia resulta una tarea ardua. Cuando se producen daños o lesiones, como consecuencia de una negligencia médica, una vez determinados esos daños y el nexo causal, y de éstos con las acciones médicas, para proceder a su valoración, a efectos indemnizatorios, los criterios que se utilizan son de carácter, meramente, jurisprudencial.

No existe, en la actualidad, un baremo de indemnización por negligencia médica, en el que se indiquen las lesiones, por ello, siguiendo los criterios de la doctrina reiterada del Tribunal Supremo, que señala que, <<el momento del siniestro determina únicamente el régimen legal aplicable para la concreción del daño,

---

<sup>54</sup> Vid. STS. Roj: STS 6873/2009 - ECLI: ES:TS:2009:6873 (Tribunal Supremo, 20 de noviembre de 2009); STS. Roj: STS 976/2010 - ECLI: ES:TS:2010:976 (Tribunal Supremo, 3 de marzo de 2010); STS. Roj: STS 4090/2013 - ECLI: ES:TS:2013:4090 (Tribunal Supremo, 19 de julio de 2013); STS. Roj: STS 1769/2014 - ECLI: ES:TS:2014:1769 (Tribunal Supremo, 7 de mayo de 2014); STS. Roj: STS 206/2015 - ECLI: ES:TS:2015:206 (Tribunal Supremo, 3 de febrero de 2015).

debiéndose estar para su cuantificación al valor del punto en el momento que se produce el alta definitiva>><sup>55</sup>.

En la misma línea que la doctrina especializada<sup>56</sup>, se debe aplicar el sistema legal de valoración vigente en el momento en que se produjo el hecho causante del daño, es decir, el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, o el que se encuentre vigente en cada momento. La vigente, en la actualidad, es la Ley 35/2015, de 22 de septiembre que reforma el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que seguramente será al que acudan, de momento, los distintos actores para el cálculo de las indemnizaciones por negligencias. Respecto a la cuantía, y siguiendo la doctrina mencionada, la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización en el momento del fin del procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y los intereses por demora con arreglo a la Ley General Presupuestaria.

Siguiendo a la doctrina<sup>57</sup>, <<es necesario una labor de abstracción para intentar depurar del concepto del daño moral todo aquello que no vaya dirigido a intentar compensar la pena y desazón espiritual que determinados eventos provocan, unas veces de manera directa (supuestos de muerte o lesiones), en personas distintas del sujeto inmediatamente afectado; y otras veces, de forma inmediata en la persona, por ejemplo, mancillada en su propio honor o intimidad>>.

En este cálculo de indemnización por negligencia médica, el tipo de daño más difícil de valorar es el moral. A este respecto, existe una jurisprudencia que

---

<sup>55</sup> Vid. STS. Roj: STS 2255/2014 - ECLI: ES:TS:2014:2255 (Tribunal Supremo, 6 de junio de 2012).

<sup>56</sup> BELLO, D. *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, cit., pág. 221.

<sup>57</sup> MARCOS, F.J., *Reparación integral del daño. El daño moral.*, Bayer Hnos., Barcelona, 2002, pág. 90.

ha defendido el principio de <<reparación íntegra>><sup>58</sup>, a tenor del cual, la reparación de los daños o perjuicios incluye los daños de índole moral; y así se desprende del artículo 1.2 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

Por tanto, la indemnización del daño moral por negligencia médica estará sujeta a las cantidades, establecidas en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, que se otorgan para el resarcimiento de los diferentes conceptos susceptibles de indemnización conforme a dicha norma, pues, como afirma el TS en la sentencia de 19 de septiembre de 2011<sup>59</sup>, <<su indemnización por separado solo es posible dentro del sistema en aquellos supuestos en que la ley lo concibe expresamente como un concepto independiente (por ejemplo, en el caso de los daños morales complementarios mencionados en la Tabla IV, cuando una sola secuela exceda de 75 puntos o las concurrentes superen los 90 puntos)>>.

A falta de una previsión legal para la indemnización del daño moral por negligencia médica de forma separada, habrá que atenerse a la jurisprudencia establecida y desarrollada a partir de la STS de 25 de marzo de 2010<sup>60</sup>, según la cual, la regulación del factor de corrección por incapacidad permanente parcial, total o absoluta tiene por objetivo el resarcimiento del daño moral vinculado a los obstáculos de cualquier actividad, que tenga carácter habitual, y que, además, el factor de corrección por perjuicios económicos cubre daños morales, aunque no lo haga de forma exclusiva (pues en una proporción razonable puede estar destinado a cubrir perjuicios patrimoniales por disminución de ingresos de la víctima).

---

<sup>58</sup> Vid. STS. Roj: STS 6254/2009 - ECLI: ES:TS:2009:6254 (Tribunal Supremo, 30 de septiembre de 2009).

<sup>59</sup> Vid. STS. Roj: STS 5838/2011 - ECLI: ES:TS:2011:5838 (Tribunal Supremo, 19 de septiembre de 2011).

<sup>60</sup> Vid. STS. Roj: STS 1664/2010 - ECLI: ES:TS:2010:1664 (Tribunal Supremo, 25 de marzo de 2010).

## 2.8. Posición del TS

El objetivo de este apartado es conocer a través de pleitos específicos la línea jurisprudencial adoptada por el Tribunal Supremo en casos de responsabilidad patrimonial sanitaria, cuando se estiman las pretensiones y atendiendo a qué criterios se toma dicha decisión judicial.

La primera sentencia propuesta para su análisis es la STS 1977/2013<sup>61</sup>. La recurrente acude a los servicios médicos de la provincia de Murcia en estado de gestación, tras realizarle una ecografía y una amniocentesis, los servicios médicos detectaron una trisomía, por lo que la paciente, se acogió al supuesto de interrupción voluntaria del embarazo.

Dicha intervención provoca un desgarro en el cuello del útero de la paciente que se solventa en ese momento con unos puntos. Horas más tarde la paciente pierde sangre y los servicios médicos proceden a hacerle una micro cesárea y solicitan sangre a la cruz roja, ya que no disponían de sangre en la clínica para hacer frente a esta situación. Debido a esta circunstancia se le propone un traslado a un centro hospitalario. En el momento en el que se procedía a iniciar dicho traslado la paciente entra en parada cardiorrespiratoria, situación que revirtieron los servicios sanitarios.

En este caso la posición del TS es inequívoca, la intervención en la paciente había producido un desgarro en el cuello del útero, esta es una situación previsible, tanto el desgarro como la hemorragia que supuso, pero a pesar de ser previsible la clínica no contaba con los medios materiales y humanos para hacer frente a esta situación, se controla la hemorragia simplemente con unos puntos sin buscar exhaustivamente el origen concreto de la hemorragia, la pérdida de sangre hizo a la paciente sufrir una parada cardiorrespiratoria, en este caso el TS lo que determina es que la hemorragia es una situación posible y no se puede culpabilizar a la administración por la aparición de la misma pero si es cierto que no se disponían de los medios materiales ni humanos para revertir dicha situación.

---

<sup>61</sup> Vid. STS. Roj: STS 1977/2013 - ECLI: ES:TS:2013:1977 (Tribunal Supremo, 30 de abril de 2013).

El objetivo del procedimiento analizado es discernir si existió mala praxis o vulneración del principio *lex artis ad hoc*, situación que el tribunal interpreta, tras la revisión de las pruebas periciales que, si existió y por consiguiente existe un nexo causal entre la lesión de la paciente y la acción imputable a la administración, por lo que procede a estimar en parte el recurso interpuesto y reconocer la responsabilidad patrimonial.

La siguiente sentencia para analizar es la STS 24/2012<sup>62</sup>, en este pleito los hechos transcurren en Madrid.

En esta ocasión un hombre ingresa en urgencias en donde se le diagnostica un CRU11, el medico propone la realización de una prueba de rayos X de la zona abdominal que nunca se le realiza para confirmar el diagnóstico, horas más tarde el paciente no mejora y los servicios sanitarios no le realizan pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico, se le detecta una rotura del aneurisma que el paciente presentaba. Una hora más tarde, a pesar de la situación de emergencia, se le procede a una intervención que acaba con el fallecimiento del paciente.

El TS interpreta que, si hubo mala praxis y que se actuó en contra del principio *lex artis ad hoc*, en contradicción con la sentencia del tribunal de instancia. El TS tiene en consideración todo el periodo de tiempo que el paciente estuvo en urgencias y no fue atendido. El tribunal de instancia hizo caso omiso a este periodo de tiempo e interpreto la actuación de la administración desde el momento de la intervención quirúrgica, mientras que el TS considera que se debe tener en cuenta todo el procedimiento puesto que la doctrina determina que la responsabilidad patrimonial puede ser fruto de la “acción u omisión” de la administración, en este caso el TS considera que si hubo mala praxis y se actuó en contra del principio *lex artis ad hoc* en la omisión de la administración hasta el momento de la intervención quirúrgica.

Los servicios médicos habían propuesto una prueba para confirmar el diagnóstico, que resultó ser erróneo, la práctica de la prueba propuesta hubiera sido suficiente para localizar la aneurisma desde el primer momento y la

---

<sup>62</sup> Vid. STS. Roj: STS 24/2012 - ECLI:ES:TS:2012:24 (Tribunal Supremo, 17 de enero de 2012).

administración podría haber actuado más eficazmente, tratando el problema desde su origen y no en el estado crítico en el que se encontraba en el momento en el que se detectó.

El TS obliga a indemnizar a la Administración basándose en la teoría de la “pérdida de oportunidad”, ya que de haberse producido la intervención antes de lo que se hizo no se puede garantizar que el resultado de ésta fuera diferente al acontecido, pero lo que es indudable para el TS es que de haberse producido antes la intervención, al haber sido localizada la aneurisma antes, las posibilidades de sobrevivir del paciente hubieran sido mucho mayores, es por ello que estima parcialmente el recurso interpuesto por los familiares del fallecido obligando a indemnizar la “pérdida de oportunidades” de sobrevivir del paciente a la administración sanitaria.

### **3. CONCLUSIONES**

---

Una de las características de la responsabilidad patrimonial de la administración es, sin lugar a duda, su carácter evolutivo. Aquella administración que carecía de responsabilidad ha ido cambiando hasta llegar a la administración que hoy conocemos, una administración, cuya responsabilidad se caracteriza por ser general, unitaria, directa, objetiva y orientada a la reparación integral del daño.

Según lo establecido en el artículo 139.1 de la LRPJ, esta responsabilidad es directa, ya que no se responde subsidiariamente, y objetiva, ya que se debe responder del daño con independencia de si se ha causado por el funcionamiento normal o anormal de la Administración. Siendo éste, uno de los sistemas más generosos de Europa.

Dentro de las cuestiones de la responsabilidad patrimonial una de las que mayor controversia genera es el carácter objetivo del mismo. Indispensable a nuestro juicio, pues sin tal carácter la administración sería una suerte de aseguradora que estaría obligada a indemnizar todas las lesiones producidas tras la acción de un servicio público, máxime en un ámbito como el sanitario que goza de un plus de peligrosidad por los riesgos que conlleva su acción. Por lo cual, aunque exista una lesión producida por una acción de la administración, debe existir el carácter objetivo en dicha lesión o no será considerada lesión resarcible por parte de la administración. Destacar así mismo, la teoría jurisprudencial sobre la exigencia de la antijuridicidad del daño y la mayor consideración al elemento subjetivo (dolo, culpa, etc.), con el fin de corregir los excesos de este generoso sistema, modulando este carácter objetivo, negando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier daño que se pueda producir en su seno, ya que, esto supondría convertirla en una aseguradora universal de todos los riesgos que corren los administrados.

En cuanto a la fuerza mayor, su existencia producirá la ruptura del nexo causal y su prueba corresponderá, en todo caso, a la Administración, en atención a la jurisprudencia y al art. 217.3 LEC.

El principio *lex artis ad hoc* en cada caso viene a determinar el cuidado requerido a las asistencias sanitarias, debiendo realizarse acorde a los protocolos y técnicas médicas establecidas. Este principio es indispensable para la determinación de la existencia o no de responsabilidad patrimonial, puesto que la jurisprudencia lo utiliza para valorar la existencia o no de nexo causal entre la lesión y la acción imputable a la administración.

En cuanto a la prueba en los procesos judiciales, hay una clara tendencia por parte de los jueces a apoyarse sobre todo en pruebas documentales, como son el propio expediente administrativo (donde consta la prueba practicada), así como de informes periciales. Las testificales en vía judicial no suelen admitirse si ya constaba en el expediente la declaración de alguno de los testigos. En el caso de informes periciales contradictorios, el juez tiene la facultad de valorarlos libremente, según su prudente arbitrio, no estando obligado a utilizar para su valoración los baremos preexistentes, siendo estos de carácter orientativo. Siendo esto así, se da el caso de resoluciones judiciales dispares en supuestos de hecho con características similares, pues el resultado de la apreciación de responsabilidad y la cuantificación de las lesiones serán muy distintos en función de la valoración las pruebas propuestas por las partes.

En nuestra opinión, resulta necesario realizar una reforma en profundidad del régimen legal de responsabilidad patrimonial objetivo previsto en la LRJP, teniendo en cuenta la doctrina del TS, aproximándolo a un sistema de responsabilidad únicamente por funcionamiento anormal, añadiéndole ciertas excepciones por funcionamiento normal, que deben estar tasadas y acotadas. Ya que, aunque, en el ámbito sanitario es lógico pensar que la Administración no debe indemnizar por todos los perjuicios que sufran los administrados si se ha seguido la *lex artis*, para los ciudadanos, puede resultar contradictoria la regulación existente en la LRJP y la dada por los Tribunales. Asimismo, sería conveniente regular la doctrina de la pérdida de oportunidad sanitaria y del daño desproporcionado, para dar a los Tribunales un criterio sólido sobre el que basar sus sentencias.



#### **4. BIBLIOGRAFÍA**

---

- ABEL LLUCH, X., *El interrogatorio de los testigos*, BOSCH, Barcelona, 2007.
- ALARCÓN SEVILLA, V., <<La responsabilidad patrimonial en la Administración sanitaria>>, Universidad de Murcia.
- ASÚA GONZALEZ, C., *Responsabilidad de la Administración en la sanidad y en la enseñanza*, ed. Montecorvo, Galicia, 2000.
- BELLO JANEIRO, D., *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, ed. Reus, Madrid, 2009.
- FLORES PRADA, I., <<Algunas consideraciones sobre el régimen jurídico-procesal de los informes clínicos>>, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 2013.
- GALLEGO Riestra, S., <<Introducción al derecho sanitarios: Responsabilidad penal y civil de los profesionales sanitarios>>, Oviedo, 2003.
- GARRIDO MAYOL, V., <<La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas como objeto de la función consultiva ¿necesidad de una reforma?>> en M. Zabía Lasala (dir.), *Jornadas sobre la función consultiva*, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, págs. 85 - 111.
- GUEMES BARRIOS, J. J., <<La responsabilidad patrimonial sanitaria y el sistema nacional de salud de la comunidad de Madrid>> en M. Zabía Lasala (dir.), *Jornadas sobre la función consultiva*, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, págs. 123 - 129.
- LEONARDO ZORRILLA, L. A., <<La responsabilidad patrimonial de la administración como resultado de la anulación de un acto administrativo (a propósito de la STS, Sala 3a, de 17 de febrero de 2015, Rec. 2335/2012)>>, <http://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1508286>, 2019.
- MARCOS OYARZUN, F. J., *Reparación integral del daño. El daño moral.*, Bayer Hnos., Barcelona, 2002.
- ORELLANA DE CASTRO, R., <<Un estudio crítico sobre los diferentes sistemas de designación de peritos y sobre las listas de peritos de la LEC>> en J. Picó i Junoy (dir.), *Peritaje y prueba pericial*, Barcelona, BOSCH, 2017, Págs. 103 – 159.

- PANTALEÓN PRIETO, F. *Los anteojos del civilista: Hacia una revisión del régimen de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas*. Documentación Administrativa, nº 237-238, 1994.
- PECES MORATE, J. E., <<Criterios jurisprudenciales en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria>> en M. Zabía Lasala (dir.), *Jornadas sobre la función consultiva*, Consejo Consultivo Comunidad de Madrid, Madrid, 2009, págs. 129 - 173.
- SOTELO VAZQUEZ, A., <<El perito médico y su informe pericial, como parte de la prueba judicial>> en J. Picó i Junoy (dir.) *Peritaje y prueba pericial*, BOSCH, Barcelona, 2017, págs. 387 - 393.

## **5. JURISPRUDENCIA**

---

### **TRIBUNAL SUPREMO**

- STS. Roj: STS 4019/2018 - ECLI: ES:TS:2018:4019 (Tribunal Supremo, 20 de noviembre de 2018).
- STS Roj: STS 7548/1998 – ECLI:ES:TS:7548:1998 (Tribunal Supremo, 8 de septiembre de 1998).
- STS Roj: STS 9427/1998 – ECLI:ES:TS:9427:1998 (Tribunal Supremo, 9 de diciembre de 1998).
- STS Roj: STS 4074/1998 – ECLI:ES:TS:4074:1998 (Tribunal Supremo, 29 de mayo de 1998).
- STS Roj: STS 1400/1991 – ECLI:ES:TS:1991:1400 (Tribunal Supremo, 11 de marzo de 1991).
- STS. Roj: STS 6515/1998 - ECLI: ES:TS:1998:6515 (Tribunal Supremo, 6 de noviembre de 1998).
- STS. Roj: STS 1601/2014 - ECLI: ES:TS:2014:1601 (Tribunal Supremo, 31 de marzo de 2014).
- STS. Roj: STS 7007/2011 - ECLI: ES:TS:2011:7007 (Tribunal Supremo, 24 de octubre de 2009).
- STS. Roj: STS 7886/2012 - ECLI: ES:TS:2012:7886 (Tribunal Supremo, 4 de diciembre de 2012).
- STS. Roj: STS 4646/2012 - ECLI: ES:TS:2012:4646 (Tribunal Supremo, 26 de junio de 2012).
- STS. Roj: STS 6851/2007 - ECLI: ES:TS:2007:6851 (Tribunal Supremo, 23 de octubre de 2007).
- STS. Roj: STS 6891/2010 - ECLI: ES:TS:2010:6891 (Tribunal Supremo, 2 de diciembre de 2010).
- STS. Roj: STS 2289/2016 - ECLI: ES:TS:2016:2289 (Tribunal Supremo, 25 de mayo de 2014).
- STS. Roj: STS 2627/2019 - ECLI: ES:TS:2019:2627 (Tribunal Supremo, 22 de julio de 2019).
- STS. Roj: STS 1155:2019 - ECLI: ES:TS:2019:1155 (Tribunal Supremo, 9 de abril de 2019).

- STS. Roj: STS 4090/2013 - ECLI: ES:TS:2013:4090 (Tribunal Supremo, 19 de julio de 2013).
- STS. Roj: STS 2763/2019 - ECLI: ES:TS:2019:2763 (Tribunal Supremo, 18 de julio de 2019).
- STS. Roj: STS 8843/2007 – ECLI: ES:TS:2007:8843 (Tribunal Supremo, 5 de diciembre de 2007).
- STS. Roj: STS 5229/2001 – ECLI:ES:TS:2001:5229 (Tribunal Supremo, 19 de junio de 2001).
- STS. Roj: STS 2769/2007 – ECLI: ES:TS:2007:2769 (Tribunal Supremo, 12 de abril de 2007).
- STS. Roj: STS 4337/2018 - ECLI: ES:TS:2018:4337 (Tribunal Supremo, 19 de diciembre de 2018).
- STS. Roj: STS 2494/2015 - ECLI: ES:TS:2015:2494 (Tribunal Supremo, 19 de mayo de 2015).
- STS. Roj: STS 6873/2009 - ECLI: ES:TS:2009:6873 (Tribunal Supremo, 20 de noviembre de 2009).
- STS. Roj: STS 976/2010 - ECLI: ES:TS:2010:976 (Tribunal Supremo, 3 de marzo de 2010).
- STS. Roj: STS 1769/2014 - ECLI: ES:TS:2014:1769 (Tribunal Supremo, 7 de mayo de 2014).
- STS. Roj: STS 206/2015 - ECLI: ES:TS:2015:206 (Tribunal Supremo, 3 de febrero de 2015).
- STS. Roj: STS 2255/2014 - ECLI: ES:TS:2014:2255 (Tribunal Supremo, 6 de junio de 2012).
- STS. Roj: STS 6254/2009 - ECLI: ES:TS:2009:6254 (Tribunal Supremo, 30 de septiembre de 2009).
- STS. Roj: STS 5838/2011 - ECLI: ES:TS:2011:5838 (Tribunal Supremo, 19 de septiembre de 2011).
- STS. Roj: STS 1664/2010 - ECLI: ES:TS:2010:1664 (Tribunal Supremo, 25 de marzo de 2010).
- STS. Roj: STS 1977/2013 - ECLI: ES:TS:2013:1977 (Tribunal Supremo, 30 de abril de 2013).

- STS. Roj: STS 24/2012 - ECLI:ES:TS:2012:24 (Tribunal Supremo, 17 de enero de 2012).

### **AUDIENCIA NACIONAL**

- SAN. Roj: SAN 1025/2018 - ECLI: ES:AN:2018:1025 (Audiencia Nacional, 23 de marzo de 2018).

### **TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA**

- STSJ M. Roj: STSJ M 14173/2006 - ECLI: ES:TSJM:2006:14173 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 29 de diciembre de 2006).

- STSJ M. Roj: STSJ M 14173/2006 – ECLI: ES:TSJM:2006:14173 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 29 de diciembre de 2006).

- STSJ CL. Roj: STSJ CL 3045/2019 – ECLI:ES:TSJCL:2019:3045 (Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha, 28 de junio de 2019).

- STSJ CAT. Roj: STSJ CAT 11999/2006 – ECLI:ES:TSJCAT:2006:11999 (Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, 5 de octubre de 2006).

- STSJ PV. Roj: STSJ PV 2872/2005 - ECLI: ES:TSJPV:2005:2872 (Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, 27 de junio de 2005).

- STSJ LR. Roj: STSJ LR 171/2018 – ECLI:ES:TSJLR:2018:171 (Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, 4 de abril de 2018).

- STSJ M. Roj: STSJ M 9109/2010 – ECLI:ES:TSJM:2010:9109 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 10 de junio de 2010).

- STSJ GLA. Roj: STSJ GAL 383/2006 – ECLI:ES:TSJGAL:2006:383 (Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 22 de febrero de 2006).

- STSJ CL. Roj: STSJ CL 3631/2017 – ECLI:ES:TSJCL:2017:3631 (Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha, 2 de octubre de 2010).

- STSJ CV. Roj: STSJ CV 1911/2019 – ECLI:ES:TSJCV:2019:1911 (Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, 29 de marzo de 2019).

- STSJ BAL. Roj: STSJ BAL 600/2019 – ECLI:ES:TSJBAL:2019:600 (Tribunal Superior de Justicia de Baleares, 2 de julio de 2019).

*SRJ010 – Trabajo Fin de Máster (2019/2020)*

- STSJ ICAN. Roj: STSJ ICAN 2186/2016 - ECLI: ES:TSJICAN:2016:2186 (Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas de Gran Canaria, 20 de septiembre de 2016).

### **AUDIENCIA PROVINCIAL**

- SAP BI. Roj: SAP BI 2561/2012 – ECLI:ES:APBI:2012:2561 (Audiencia Provincial de Bilbao, 12 de diciembre de 2012).