La necesidad del consentimiento informado a través del Tribunal Europeo

The requirement for informed consent as established by the European Court

Nicolás Pingarrón Barci[1]

DOI: https://doi.org/10.37767/2591-3476(2026)10

Comentario a
CASO DE S.O. contra ESPAÑA (nº 5742/22) 26 de junio de 2025
Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Acceso al Fallo

RESUMEN:
El caso se inicia en 2017 cuando la demandante reclama ante la Comunidad de Madrid por no haber sido informada de que su operación podía implicar la resección del pezón y la areola, ya que solo consintió una cirugía conservadora. La administración respondió que la ampliación de la resección fue necesaria por razones oncológicas. Tras reclamar responsabilidad patrimonial y solicitar indemnización, y ante la falta de respuesta, acudió al Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que desestimó su demanda al considerar prioritaria la seguridad oncológica y suficiente el consentimiento informado. El Tribunal Supremo y el Constitucional rechazaron sus recursos.
Sin embargo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos concluyó que España vulneró el artículo 8 del Convenio, no por mala praxis médica, sino por una deficiente aplicación del deber de información. Señaló que el consentimiento no especificaba claramente riesgos relevantes como la posible resección del pezón, ni recogía explicaciones individualizadas. El caso subraya que el consentimiento informado es esencial para garantizar la autonomía del paciente, exigiendo información clara, específica y adaptada a cada caso, especialmente sobre riesgos previsibles con alto impacto personal.

ABSTRACT
The case began in 2017 when the applicant filed a complaint with the Madrid health authorities, claiming she had not been informed that her surgery could involve the removal of the nipple and areola, as she had only consented to breast-conserving surgery. The

1 Estudiante de Derecho y Ciencia Política y de la Administración Pública por la Universidad Autónoma de Madrid. Mail: nicolas.pingarro@hotmail.com. Número de ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2847-5617.

administration replied that the extended resection was medically necessary for oncological safety. After seeking compensation and receiving no response, she brought the case before the High Court of Justice of Madrid, which dismissed her claim, prioritizing oncological safety and considering the informed consent sufficient. The Supreme Court and Constitutional Court also rejected her appeals.
However, the European Court of Human Rights found that Spain violated Article 8 of the Convention, not due to medical malpractice, but because of inadequate implementation of the duty to inform. The Court noted that the consent form did not clearly specify relevant risks, such as the possible removal of the nipple, nor did it include individualized explanations. The case highlights that informed consent is essential to protect patient autonomy, requiring clear, specific, and personalized information, especially regarding foreseeable risks with significant personal impact.

PALABRAS CLAVE: Derechos Humanos; Integridad Física; Consentimiento Informado; Autonomía del Paciente; Tribunal Europeo.

KEYWORDS: Human Rights; Physical Integrity; Informed Consent; Patient Autonomy; European Court.

I. Introducción

Nos encontramos ante un caso que llegó al Tribunal Europeo de Derechos Humanos a razón de una violación por parte del Sistema Sanitario Español del artículo 8 del Convenio de Derechos Humanos. En este caso la demandante se trataba de una mujer diagnosticada previamente de cáncer en 2005 en la mama izquierda y con una nueva aparición tumoral en la mama derecha en 2016. Tras la evaluación médica se decidió que era posible la realización de una cirugía conservadora de mama (cuadrantectomía). La paciente firmó el correspondiente consentimiento informado, en el que se describían distintas técnicas posibles dentro del espectro de la cirugía mamaria y se incluía una cláusula que permitía modificar la intervención si surgían imprevistos durante la operación.

Durante la intervención el 2 de febrero de 2017, el análisis intraoperatorio reveló que el tumor se encontraba muy próximo al complejo areola-pezón (CAP), lo que llevó al equipo médico a ampliar los márgenes de resección, incluyendo finalmente la extirpación de dicho complejo.
La paciente demandó al sistema sanitario alegando que nunca fue informada de la posibilidad de perder el pezón y la areola, sosteniendo que su consentimiento se limitaba a una cirugía conservadora que preservara dichas partes. Tras el rechazo de sus pretensiones en la vía administrativa y judicial española (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Tribunal Supremo y Tribunal Constitucional), la demandante acudió al TEDH alegando una vulneración del Artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH). El Tribunal dicto a favor de la demandante al entender que el consentimiento informado no había sido lo suficientemente detallado teniendo en cuenta los importantes efectos psicológicos, morales y de autoestima que ocasionarían a la paciente.

II. Régimen Jurídico Aplicable

Dentro del marco normativo aplicable encontramos dos cuestiones fundamentales: dentro del derecho interno español y lo referente al derecho internacional. Dentro del derecho español vemos el artículo 15 de la Constitución: "Todos tienen derecho a la vida y a

la integridad física y moral…" Asimismo es aplicable 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 dispone así en su artículo segundo:

> 2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
>
> 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
>
> 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

También es fundamental recopilar los artículos octavo noveno y especialmente el décimo, que dice así:

> 1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
>
> a. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
>
> b. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
>
> c. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
> d. Las contraindicaciones.
>
> 2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Por último, encontramos el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (el convenio de Oviedo), en vigor desde el 1 de diciembre de 1999 y ratificado por España dispone, en lo que se refiere al consentimiento informado:

Artículo 5. Regla general
"Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento."

Artículo 8. Situaciones de urgencia
"Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable

desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada."

III. Actuación administrativa y nacional del caso

El caso a nivel nacional comienza con la queja interpuesta por la demandante el 13 de junio de 2017 ante la Dirección General de Atención al Paciente de la Comunidad Autónoma de Madrid. La demandante alegaba que no había sido informada que dentro de los imprevistos que suponía la operación se encontraba la resección del pezón y la areola, que ella solo había consentido una cirugía conservadora de mama y que el cáncer no se había extendido hacía el pezón y la areola.

Ante ello recibió respuesta por parte de la Dirección General de Atención al Paciente que envió el informe preparado del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital el 21 de junio de 2017. En el informe se especificaba que el Servicio de anatomía Patológica confirma que el tumor se habían extendido hasta el borde adyacente al CAP y borde inferior de modo que el servicio médico amplió los márgenes de resección, lo que conllevó la resección del CAP para la seguridad del paciente. Destacando la necesidad dentro de la cirugía oncológica que la extirpación se total del tumor con sus márgenes de seguridad para asegurar el éxito de la intervención.

Ante esta contestación la demandante el 13 de septiembre de 2017 presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Reiteraba que la zona no había sido invadida por el tumor y que solo había presentado consentimiento a una extracción cancerígena sin extracción de la mama. Por lo que solicitaba 100.000 euros en cuestión de daños y perjuicios. La contestación fue una ampliación del primer informe realizado por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia reiterando esencialmente el contenido de su informe de 21 de junio de 2017.

En ausencia de respuesta por parte de la propia Consejería de Sanidad, lo que implicaba a una desestimación de la reclamación, el 4 de septiembre de 2018 la demandante interpuso una demanda por responsabilidad patrimonial ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid. La demandante basó su razonamiento en tres argumentos principales:

1. Su derecho como paciente a escoger el mejor tratamiento, así como la ausencia de información adecuada al respecto.

2. El daño psicológico derivado del descubrimiento de que había perdido su pezón y su areola. Cabe destacar en este argumento el informe presentado por la Asociación Española Contra el Cáncer donde se destacaban las implicaciones emocionales y psicológicas que había tenido la operación sobre la paciente.

3. La pérdida real del pezón y la areola, lo que podría haberse evitado mediante una técnica quirúrgica diferente.

Ante ello el Tribunal Superior desestimó la demanda basándose en que la consideración principal había sido garantizar el éxito de la cirugía conservadora de mama y que ello había dado lugar a una ampliación de la zona que debía extirparse. Ello se realizó con el objetivo de asegurar que los márgenes quedaban libres de tumor. Además, en lo referente al consentimiento informado el Tribunal Superior entendió que el formulario resultaba

suficiente para que la paciente pudiera haber tomado una decisión. Para ello argumentó que debía interpretarse a la cirugía dentro del contexto de una enfermedad en la que la "seguridad oncológica" era el objetivo prioritario; también, que ese supuso en todo momento lo que motivó la extensión de la técnica quirúrgica. Por último, la posibilidad de variar la técnica quirúrgica había sido incluida en la información proporcionada a la demandante, puesto que el formulario de consentimiento informado ya indicaba que la técnica quirúrgica prevista podía ser modificada en el caso de circunstancias imprevistas. A su vez el Tribunal Supremo desestimo el recurso de casación al considerar que carecía de interés casacional. Tras ello la demandante interpuso recurso en el Tribunal Constitucional que inadmitió el recurso al considerar que carecía de especial transcendencia constitucional.

IV. Resolución del Caso por el Tribunal Europeo

El TEDH declara, por unanimidad, que España vulneró el Artículo 8 del Convenio. Aunque el Tribunal reconoce que España tiene un marco normativo adecuado (la Ley 41/2002 es conforme al Convenio de Oviedo), determina que su aplicación práctica fue deficiente. Es por tanto que el objeto de la argumentación de la sentencia no era determinar si el proceso médico se había realizado de manera correcta, puesto que se entendía que los médicos habían actuado con la debida diligencia durante la operación (véase el párrafo 47). Además, el Tribunal no detecto ninguna deficiencia en el marco regulatorio español, sino que la cuestión radicaba en la implementación práctica del marco legal (véase el párrafo 39).

El foco de la cuestión radica en si el deber de información a la paciente fue lo suficientemente diligente. En el párrafo 48 de la sentencia el Tribunal destaca que en el consentimiento informado en su apartado primero se hace una enumeración de posibles intervenciones sin una distinción entre aquellas que pueden denominarse "conservadoras" y cuáles una cirugía "más agresiva". La extracción del pezón como tratamiento solo aparece dentro del procedimiento de una mastectomía simple (extirpación completa de la glándula mamaria), que según destaca la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia este no se considera una cirugía conservadora.

También, el Tribunal destaca la ausencia en los informes y dentro del consentimiento firmado de cuáles fueron las preguntas realizadas y las explicaciones adicionales dadas a la paciente. Junto a ello, el párrafo del formulario correspondiente a los riesgos y complicaciones de la situación específica del paciente fue dejado en blanco. Lo que a vista del Tribunal no permite determinar qué información se le facilitó realmente a la demandante. Se debe agregar que el propio Tribunal Supremo incide en el deber de información como garante de la decisión y la autonomía del paciente, diferenciándose de la actuación quirúrgica. El catedrático Dr. Barceló Domenech lo expresa así: "El Tribunal Supremo español viene entendiendo que el deber de información es elemento esencial de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica y está incluido dentro de la obligación asumida por el médico. La obligación de informar y la de obtener el consentimiento se configuran como un elemento más del arte médico" (Barceló Doménech, 2016: 286).

Por último, el TEDH destaca que los tribunales nacionales no se pararon a determinar la previsibilidad de resección de su CAP durante la cirugía. Destacando que es algo conocido y así se especifica en el Informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología: "en el ámbito de la cirugía oncológica es difícil conocer antes de la operación hasta qué

punto el tumor ha invadido los tejidos u órganos adyacentes" es por tanto que el Tribunal entiende que la necesidad de ampliar los márgenes de resección resultaba un escenario probable en este tipo de operaciones y donde teniendo en cuenta el impacto que tiene sobre la paciente la extracción del CAP era necesaria la especificación de esta posible complicación y procedimiento.

V. El Consentimiento Informado como Base Jurídica de la Actuación Médica

Una vez aclaradas las cuestiones técnicas del caso y las argumentaciones realizadas por el Tribunal es necesario realizar un análisis de lo que supone el Consentimiento Informado dentro del contexto jurídico-médico. Ante lo que podríamos observar como un mero acto administrativo de la actuación médica debemos destacar la importancia del mismo denominado consentimiento informado es un acto médico que trasciende la visión burocrática, enlazándose de manera directa con los Derechos Humanos y la dignidad física de las personas. Como dice el expresidente del Tribunal Supremo Juan Antonio Xio Ríos: "en el convenio de Oviedo del año 1997, claramente se configura el consentimiento informado como uno de los elementos que están dentro, o que implican, o están relacionados, con la protección de los derechos humanos del paciente, con la dignidad del ser humano" (Xiol Ríos, 2011: 129). Esto se reafirma en la reciente Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de fecha 08 de marzo de 2022, dictada por el asunto Reyes Jiménez contra España[2]; resolución cuyo desarrollo se centra en la autonomía del paciente y en el régimen jurídico actual.

Siguiendo con la relevancia del consentimiento informado Huerta Garicano señala que se muestra "como uno de los pilares de la relación médico-paciente" (Huerta Garicano, 2011: 153). Al mismo tiempo lo vemos secundando por Bauzá Martorell donde resalta: "el consentimiento informado constituye una pieza esencial del cumplimiento de la lex artis" (Bauzá Martorell, 2019: 141). Es decir, de la propia práctica y desarrollo científico del médico y asimismo en su propia experiencia se debe hacer un informe individualizado donde se desarrollen los específicos efectos, complicaciones e inconvenientes para la paciente en específico. Algo que entraría en contradicción con unas precauciones generales o como mínimo no lo suficientemente especificadas como declara el TEDH (véase el párrafo 58).

Siguiendo con la doctrina de Xiol Ríos el consentimiento informado no es algo nuevo dentro del derecho, puesto que los requisitos de información suponen las bases del derecho civil y de los negocios contractuales. Esto fundamenta el consentimiento en una base jurídica fundamentada en un binomio clásico, Xiol Ríos lo define así: "El único sistema para que ese consentimiento sea válido es que haya una información adecuada y suficiente sobre el objeto del consentimiento. Es decir que el binomio, esta relación que existe entre la información y el consentimiento, no es algo nuevo, es algo que entra absolutamente dentro de la lógica jurídica, y que se puede explicar, como se puede ver, con conceptos absolutamente clásicos en el ámbito del derecho civil" (Xiol Ríos, 2011: 133). Siendo así que llega a desarrollar que el deber de información no solo supone algo esencial en la integridad física del paciente sino en su propia autonomía. El médico por tanto realizaría las aclaraciones médicas desde el punto de vista de ofrecer una mayor libertad de decisión al paciente para que de acuerdo a su voluntad pueda escoger el tratamiento

2 La referencia completa de la Sentencia, extraída de la base de datos HUDOC es la que sigue: Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Sección Tercera, de 08 de mayo de 2022, asunto 57020/18, Reyes Jiménez contra España

que prefiera, pero con todos los datos de los mismos. Por tanto, al no cumplimentarse correctamente el deber de información se estaría atacando, también, a la autonomía de la persona y por ende a su dignidad humana.

Sin embargo, es necesario precisar hasta donde debería llegar el consentimiento informado. Para ello, debemos observar la sentencia PINDO MULLA contra ESPAÑA[3] donde vemos el análisis e informe realizado al Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina donde se detalla lo siguiente "Para que el consentimiento sea válido, la persona en cuestión debe haber sido informada sobre los datos relevantes de la intervención de que se trate. Esta información tiene que incluir el fin, la naturaleza y las consecuencias de la intervención y los riesgos que comporta. La información sobre los riesgos que acarrea la intervención o sus alternativas debe comprender no sólo los riesgos inherentes al tipo de intervención de que se trate, sino también los riesgos referentes a las características individuales de cada paciente, derivados de la edad, o de la concurrencia de otras patologías." Es por tanto que dentro de esta interpretación y contrastando con lo expuesto en el caso se entendería necesario que dentro de los peligros y los posibles imprevistos, que como mencionaba el informe médico ocurren con un elevado grado de frecuencia dentro de los casos oncológicos, que podían darse en una operación de extracción tumoral con una cercanía tan grande de la CAP y puesto que la extracción del mismo supone un perjuicio emocional grave hacia la paciente era necesario como mínimo el informar a la paciente de esta posibilidad al igual que los riesgos que conllevaría su realización como los riesgos de no llevarla a cabo.

Cabría una defensa por parte del sistema de salud español en referencia al límite en las especificaciones que un médico debe hacer en cuanto al consentimiento se refiere. Como se decía anteriormente las operaciones oncológicas se caracterizan por un grado elevado de imprevisibilidad debido a la dificultad de detectar el tejido cancerígeno en determinadas zonas por lo que se abre un gran espacio a imprevistos médicos, en este caso supuso la extracción del CAP, pero podrían haber resultado en otros. Se podría entender por tanto que los resultados pueden ser muy variados y por lo tanto un consentimiento generalista sobre la ampliación del procedimiento durante la operación no resulta ambiguo sino que permite ser generalista en los diversos supuestos que oralmente puede explicar el médico.

A esta defensa se podría añadir que era la segunda operación a la que se sometía la paciente por lo que no era un proceso o un tratamiento desconocido para la misma. Al mismo tiempo el cáncer de mama resulta una enfermedad lo suficientemente común dentro del ámbito social y de concienciación como para entender que los peligros, complicaciones e imprevistos de la enfermedad y de la cirugía son algo conocido por una mujer adulta y que ha padecido con anterioridad la enfermedad. Además, la extracción del pezón supone un daño emocional y psicológico al que habría tenido que enfrentarse la paciente incluso aunque se supiera de manera previa a la cirugía.

Sin embargo, estas dudas no llegaron a ser planteadas durante el juicio por lo que no tenemos la interpretación jurisprudencial de las mismas. Pero cabe entender que una buena contrargumentación se basaría en el principio de prevención, aunque hubiera al-

3 La referencia completa de la Sentencia, extraída de la base de datos HUDOC es la que sigue: Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Gran Sala, de 17 de septiembre de 2024, asunto 15541/20, Pindo Mulla contra España

guna posibilidad de que la paciente pudiera conocer el resultado del imprevisto es mejor asegurar su amplia comprensión sobre todo en una situación emocionalmente compleja como es un tratamiento oncológico.

Por último, no deja de evidenciar un problema en los actuales modelos de consentimiento informado a los pacientes donde no se llega a especificar toda la información que puede haberse dado durante la explicación médica. Al mismo tiempo parece carecer de una información completa sobre los tratamientos disponibles y los peligros de cada uno de ellos. Al igual que posibles preguntas frecuentes que puedan haberse visto originadas en otros pacientes o propias de un conocimiento más generalista. Todo ello arroja la necesidad del sistema de salud español a una reforma en cuanto a su consentimiento informado para que fuera más garantista y que asegure una mayor transparencia documental.

VI. Beneficio versus Autonomía del Paciente

Otra de las cuestiones que puede suscitar la sentencia es sobre el beneficio que suponía terminar la operación en contraposición a frenar la operación con el riesgo médico que ello conllevaba para asegurar la autonomía del paciente. Este tema fue algo expuesto por la paciente aunque finalmente fue retirado según como avanzaba el proceso pero genera una conversación jurídica interesante.

Ante ello el Tribunal Europeo rescata la sentencia Pretty contra el Reino Unido y la sentencia Pindo Mulla contra España, donde la imposición de un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente que tiene capacidad de expresar su voluntad ataca de manera directa a la integridad física de la persona. Aquí es fundamental cuál es la voluntad del paciente y si esta se ha expresado de manera previa al tratamiento. El Tribunal hace una ponderación de los derechos que se disputan: el derecho a la autodeterminación y el derecho a la vida. Asimismo, entiende la obligación del Estado de garantizar ambos derechos, de acuerdo a los arts. 2 y 8 CEDH. Según el Tribunal es fundamental observar si el paciente afectado ha participado lo suficiente en el proceso de toma de decisiones para determinar cuál es el principio ponderante. Sin embargo, la jurisprudencia del Tribunal Europeo como la del Tribunal Constitucional Español se encamina a dar una mayor relevancia a la autonomía del sujeto por encima de cualquier otro derecho.

Es esencial acompañar este debate de lo que se ha denominado Teoría de la Perdida de Oportunidad. El Tribunal Supremo en sus sentencias 30 de junio de 2009 y 16 de enero de 2011 aparta la cuestión de la negligencia médica y se centra en determinar que la omisión de información al paciente y su implicación en la toma de la decisión. Como dice la Dra. Sánchez Gómez: "En efecto, el daño sufrido viene determinado por la pérdida de oportunidad respecto a la probabilidad de que, conocido tal riesgo, hubiera optado por otra alternativa distinta (oportunidad de no someterse a la intervención, retrasarla, consultar con otros especialistas, acudir a otro centro hospitalario dotado de mejores y más modernos medios técnicos)" (Sánchez Gómez 2013: 762). Por lo que se hace un mayor refuerzo al hecho de la autonomía del paciente y se determina como daño agregado el no poder optar a otras intervenciones por una falta adecuada de información al paciente.

VII. Conclusiones

La condena a España reafirma la necesidad de un elaborado y correcto consentimiento informado. El actual marco normativo del sistema jurídico español se muestra adecuado y conforme a los estándares del Tribunal Europeo, pero en este caso resulta deficiente lo

que ejemplifica la brecha entre la realidad jurídica y la realidad del paciente.

Esta sentencia nos lleva a una profunda reflexión sobre la insuficiencia real y práctica detrás de los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos médicos respecto a la labor de información y atención a los pacientes. Sin una completa comprensión sobre las implicaciones psicológicas que estas puedan derivar a los pacientes. El caso manifiesta la necesidad de mejorar los modelos actuales de información, incluyendo mayor precisión, trazabilidad y atención individualizada, especialmente en contextos de alta incertidumbre como supone la cirugía oncológica.

Por último, reafirma el papel fundamental del consentimiento informado como pilar esencial de la relación jurídica médico-paciente, estrechamente vinculado a los derechos humanos. Entendiéndose a su vez como la garantía para la autonomía física de los pacientes, su capacidad de decisión y su propia dignidad.

Referencias bibliográficas

• Antúnez Sánchez, A. F. (2009). El consentimiento informado en el Derecho médico. *Derecho y Cambio Social,* 6(18).
• Barceló Doménech, J. (2018). Consentimiento informado y responsabilidad médica. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, (8), 279–296.
• Bauzá Martorell, F. J. (2019). Responsabilidad patrimonial sanitaria: autonomía de la voluntad del paciente y documento de consentimiento informado. DS: *Derecho y Salud,* 29 (núm. extra 1), 141.
• Comparada, D. J., & Amorós, M. F. (2024). Autonomía personal, libertad religiosa y el derecho a la vida: comentarios a la sentencia del TEDH en el caso "Pindo Mulla v. Spain". *Integración Regional & Derechos Humanos*, 12(2), 307-330.
• De Miguel Beriain, I., & Lazcoz Moratinos, G. (2018). El Convenio de Oviedo, veinte años después de su firma. Algunas sugerencias de enmienda. *Revista Quaestio Iuris*, 11(1), 445-460.
• Galán Cortés, J. C. (2001). Responsabilidad médica y consentimiento informado. *Madrid: Civitas*.
• Huerta Garicano, I. (2011). La indemnización por defectos en la prestación del consentimiento informado. *Revista Española de la Función Consultiva*, (16), 153.
• Mateo Ayala, E. J. (2023). La trascendencia del consentimiento informado a efectos del derecho al respeto de la vida privada y familiar: comentario de la sentencia del Tribunal de Estrasburgo en el asunto Reyes Jiménez contra España. *Revista de Derecho Aragonés,* (29), 219-244.
• Sánchez Gómez, A. (2013). La información al paciente y el consentimiento informado en el Derecho Español. Referencia legal y jurisprudencial. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 2(2), 747–765.
• Xiol Ríos, J. A. (2011). El consentimiento informado. *Revista Española de la Función Consultiva*, (16), 126-136.