

Trabajo Fin de Grado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA:
SENTENCIAS DE LAS AUDIENCIAS
PROVINCIALES Y DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE
JUSTICIA DE ARAGÓN

INFORMED CONSENT IN MEDICAL PRACTICE: CASE LAW FROM
THE PROVINCIAL COURTS AND THE HIGH COURT OF JUSTICE
OF ARAGÓN

Autora
Virginia Jiménez Villaescusa

Directora
M.^a Teresa Criado Del Río

Facultad de Medicina
2024/2025



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ABREVIATURAS | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| Palabras clave | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| Keywords | 5 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1.1 Requisitos para emitir el consentimiento informado | 8 |
| 1.1.1 Requisitos de la información que obtenemos | 12 |
| 1.2 Repercusiones jurídicas del consentimiento informado | 14 |
| 2. OBJETIVOS | 18 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODO | 18 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 23 |
| 4.1 Origen de las sentencias | 23 |
| 4.2 Causa de la reclamación | 24 |
| 4.3 Especialidades médicas involucradas y sus actos médicos | 27 |
| 4.4 Daños o consecuencias | 27 |
| 4.5 Indemnización solicitada | 28 |
| 4.6 Resultados judiciales e indemnizaciones | 29 |
| 4.7 Existencia y validez del consentimiento informado | 35 |
| 5. CONCLUSIONES | 45 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 47 |

ABREVIATURAS

- **A.M.A.:** Agrupación Mutual Aseguradora.
- **AP:** Audiencia Provincial.
- **CC:** Código Civil.
- **CCAA:** Comunidades Autónomas.
- **CDM-GEM:** Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.
- **CE:** Constitución Española.
- **CENDOJ:** Centro de Documentación Judicial.
- **CI:** consentimiento Informado.
- **Cit.:** citado.
- **CP:** Código Penal.
- **LABP:** Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- **LEC:** Ley de Enjuiciamiento Civil.
- **LGS:** Ley General de Sanidad.
- **OMC:** Organización Médica Colegial.
- **RDLeg:** Real Decreto Legislativo.
- **Rec.:** recurso.
- **ROJ:** Registro Oficial de Jurisprudencia.
- **SAP:** Sentencia de la Audiencia Provincial.
 - **Z:** Sede en Zaragoza.
- **STSJ:** Sentencia del Tribunal Superior de Justicia.
 - **AR:** Comunidad Autónoma de Aragón.
- **TSJ:** Tribunal Superior de Justicia.
- **UE:** Unión Europea.

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado analiza la situación actual del consentimiento informado (CI) en el ámbito sanitario y sus repercusiones jurídicas en Aragón, centrándose en las sentencias de las Audiencias Provinciales y del Tribunal Superior de Justicia durante el año 2024. El análisis se asienta en el cambio del modelo médico paternalista a uno basado en la autonomía del paciente, un derecho derivado de la Constitución Española. La Ley 41/2002 (LABP) es la norma básica que regula el CI en España, detallando sus características, requisitos y excepciones. Podemos afirmar que CI es un deber profesional con doble regulación: deontológica y jurídica.

El incumplimiento del deber de obtener el CI o su obtención deficiente es causa de responsabilidad civil en el ámbito médico-sanitario, con obligación de reparar el daño causado. Aunque también tiene consecuencias administrativas, la principal problemática para médicos y centros sanitarios es la responsabilidad civil. La omisión o defecto del CI es una de las principales causas de reclamaciones judiciales, solo superada por errores diagnósticos y quirúrgicos, representando aproximadamente un 23% de los casos de responsabilidad civil médica según la Fundación A.M.A.

El estudio se basa en el análisis de nueve sentencias judiciales de Aragón (cuatro de AP y cinco de TSJ) identificadas mediante una búsqueda sistemática adaptada (método PRISMA 2020) en CENDOJ. La mayoría de los asuntos se ocasionaron en Zaragoza y predominaron las reclamaciones patrimoniales sobre las civiles. Las reclamaciones se apoyaron frecuentemente tanto en la infracción de la *Lex Artis ad hoc* como en defectos particulares del CI. Las especialidades quirúrgicas, especialmente Traumatología, fueron las más reclamadas. Los daños reclamados incluyeron secuelas físicas graves, perjuicio estético y daño moral derivado de la pérdida del derecho a decidir.

El análisis de las sentencias seleccionadas muestra casos donde el CI defectuoso se combinó con la mala praxis, y otros donde la reclamación se basó principalmente en la infracción de la *Lex Artis* aunque se mencionara el CI. Un caso destacado (STSJ AR 1283/2024) resolvió la responsabilidad patrimonial basándose únicamente en la insuficiencia del CI, indemnizando el daño moral por la lesión a la autonomía del paciente. En contraste, otro caso (SAP Z 1019/2024) consideró el defecto del CI incluido en la infracción de la *Lex Artis* al existir daño personal por mala praxis.

Las sentencias destacan la importancia de que el CI abarque los riesgos conocidos según el estado de la ciencia en el momento del acto médico y la necesidad de la documentación adecuada como prueba fundamental.

Palabras clave

Consentimiento informado, responsabilidad médica, consentimiento informado en medicina, jurisprudencia, *Lex Artis*, daño moral, daño desproporcionado.

ABSTRACT

This Bachelor's Thesis analyzes the current state of informed consent (IC) in the healthcare field and its legal implications in the region of Aragón, focusing on judgments issued by the Provincial Courts and the High Court of Justice during the year 2024. The analysis is based on the transition from a paternalistic medical model to one centered on patient autonomy, a right derived from the Spanish Constitution. Law 41/2002 (Patient Autonomy Law) is the primary regulation governing IC in Spain, detailing its characteristics, requirements, and exceptions. IC is both a professional duty and a legal obligation, subject to ethical and juridical regulation.

Failure to obtain proper IC constitutes grounds for civil liability in the medical field, with the obligation to compensate for the damage caused. Although it may also have administrative consequences, civil liability remains the most significant concern for healthcare professionals and institutions. The omission or inadequacy of IC is among the leading causes of legal claims, surpassed only by diagnostic and surgical errors, and accounts for approximately 23% of medical malpractice cases, according to the A.M.A. Foundation.

This study is based on the analysis of nine judicial decisions from Aragón (four from Provincial Courts and five from the High Court), identified through a systematic search adapted from the PRISMA 2020 method using the CENDOJ database. Most cases originated in Zaragoza, and patrimonial claims were more prevalent than civil ones. The claims were frequently based on both breaches of the *Lex Artis ad hoc* and specific defects in IC. Surgical specialties, particularly Traumatology, were the most frequently litigated. The alleged damages included serious physical sequelae, aesthetic harm, and moral damage stemming from the violation of the right to self-determination.

The analysis of the selected rulings reveals cases in which defective IC was combined with malpractice, as well as cases where the claims were primarily grounded in breaches of the *Lex Artis*, with IC mentioned incidentally. A notable case (STSJ AR 1283/2024) found patrimonial liability solely due to insufficient IC, awarding compensation for moral damage related to the infringement of patient autonomy. Conversely, another case (SAP Z 1019/2024) considered the IC deficiency as part of the broader *Lex Artis* violation due to malpractice-related personal injury.

These judgments emphasize the importance of IC covering all known risks according to the state of scientific knowledge at the time of the medical act, and the necessity of proper documentation as essential evidence.

Keywords

Informed consent, medical liability, informed consent in medicine, case law, *Lex Artis*, moral damage, disproportionate damage.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años y, más concretamente, en el último siglo ha cambiado el modo de ejercer la medicina en ciencias de la salud. Clásicamente se encontraba apoyado en los principios de beneficencia y del paternalismo, pero la inserción social y jurídica de los derechos de las personas, de los derechos de los pacientes, dio lugar a la sustitución del paternalismo por el principio de autonomía, que incluye la obligación del respeto a la personalidad y dignidad de los pacientes e implica actuar conforme a su libre decisión sobre las actuaciones médico-sanitarias en materia de salud [1]. Este cambio procede de la aplicación del derecho constitucional a la libertad (art. 17 CE) que, en el ejercicio médico se traduce en el deber de obtener el consentimiento de todo acto médico una vez que ha sido informado al paciente conforme a la Ley [2].

Al igual que todos los deberes profesionales, el consentimiento informado que aúna el deber de informar y obtener el consentimiento del paciente, tiene una doble regulación. Se distingue la normativa deontológica (CDM-GEM, 2022) y la jurídica. Dentro de esta última, partimos de la Constitución Española de 1978, porque de ella se deriva el Derecho Administrativo Sanitario, en el cual podemos distinguir el:

- Derecho Comunitario (UE), destacando el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo, 1999) [3].
- Derecho Nacional, en donde el marco legal inicial de la autonomía del paciente partió de la Ley 14/1986, General de Sanidad, hasta que debido a los problemas sanitarios y jurídicos que generó su redacción, sumados a las disposiciones en esta materia del Convenio de Oviedo, dieron lugar a 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 (LABP) [4]. La LABP determina en España las características, requisitos y excepciones del consentimiento informado en las ciencias de la salud, aunque algunos de sus requisitos deben de ser completados, por ejemplo, con la Ley 16/2003, de Calidad y Cohesión en el Sistema Nacional de la Salud (derecho a obtener una segunda opinión) [5]. Además, la normativa reguladora de actividades médicas concretas (los trasplantes de órganos, la interrupción voluntaria del embarazo, los ensayos clínicos, ...), se refiere a los requisitos concretos del consentimiento informado en cada una de ellas [6].
- Derecho Autonómico: cada una de las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen regulado o han desarrollado el derecho de la autonomía de los pacientes, puesto que la Ley 41/2002, es una norma básica que debe ser cumplida por cada CCAA y puede ser desarrollada por las mismas. Dando como resultado la existencia de 17 modelos normativos en la actualidad [7].

Una vez expuesto este marco legislativo general, debemos referirnos al Derecho Civil porque el incumplimiento de cualquier obligación médico-sanitaria es causa de responsabilidad civil que si causa un daño a la persona dará lugar a responsabilidad civil con la obligación de reparar el daño causado (arts. 1902 y 1101 del CC), mediante una indemnización al perjudicado [8].

Por último, en el Derecho Penal, el incumplimiento del consentimiento informado no tiene ninguna consecuencia. Si, al contrario, porque la realización de una acción contraria a la voluntad del paciente es constitutiva de un delito de coacciones [9]. Apuntamos que, el médico nunca debe olvidar que el consentimiento por representación no es válido en la esterilización anticonceptiva, cirugía transexual y trasplantes de órganos en los menores de edad y/o discapacitados, porque de hacerlo estaría incurriendo en un delito de lesiones (art. 156 CP) [10]. Lo mencionamos porque la LABP indica esta cuestión que puede ser problemática.

Nos centramos en el conocimiento de los requisitos del consentimiento informado debido a que nuestro trabajo se centra en las reclamaciones médicas, civiles y patrimoniales (administración sanitaria) por incumplimiento del deber de obtener el consentimiento informado, o bien porque ha sido obtenido obviando alguno de sus requisitos. Basta con analizar el concepto del consentimiento informado del artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para obtener todos sus requisitos que, también obtenemos de su artículo 8 [4]:

Artículo 3; LABP, “Definiciones legales. Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”

Artículo 8, LABP, “Consentimiento informado:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.”

Estos requisitos son la necesidad de la capacidad del paciente para decidir, y en caso contrario, la obtención del consentimiento por representación, el cumplimiento del deber de informar, la integridad de la

voluntariedad a la hora de emitir el consentimiento que, debe expresarse de forma verbal o escrita cuando así lo indica la Ley. En este sentido, el artículo 2 de la Ley 41/2002 establece los principios básicos que orientan toda la actividad relacionada con la información y la documentación clínica [4].

Artículo 2, LABP, “Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
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.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.”

1.1 Requisitos para emitir el consentimiento informado:

1) Capacidad del paciente:

La capacidad del paciente es un requisito fundamental para decidir sobre el acto médico-sanitario concreto propuesto. Supone poseer las facultades mentales/psíquicas de inteligencia y voluntad necesarias para comprender y poder decidir “*ad hoc*”. Por ello, ante un paciente con una discapacidad mental (bajo criterio médico o con la capacidad modificada legalmente por sentencia judicial) o un menor de edad sin la inteligencia y/o voluntades suficientes para decidir se obtiene el consentimiento por representación. Recurriendo, según los casos, a los representantes legales o tutores, familiares o vinculados por razones de hecho; en las situaciones de urgencia al propio profesional que realiza el acto asistencial; y, a la autoridad

judicial en caso de conflictos (opiniones enfrentadas de los representantes legales, padres de testigos de jehová que no quieren transfundir a su hijo menor de edad, ...). En los casos de discapacidad mental de una mayor de edad y no urgentes se deberá consultar la existencia de un documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas [1][4].

En cuanto a la minoría de edad, a diferencia del Código Civil que establece la mayoría de edad a los 18 años o a los menores 18 emancipados, en materia sanitaria la mayoría de edad está establecida a los 16 años. A los menores entre los 16-18 se les denomina “menor maduro”. Son excepciones del menor maduro, debiéndose obtener el consentimiento por representación hasta los 18 años, las situaciones en la que existe un grave riesgo para la vida o la salud según criterio médico, en los ensayos clínicos y en las técnicas de reproducción asistida (art. 9.5 LABP) [4]. No debemos olvidar el artículo 156 del CP antes mencionado, que olvidó la LABP [1].

El representado tiene derecho a emitir su opinión en la medida que sea posible. Ante un paciente discapacitado para decidir, se decide bajo criterio médico. En cuanto a los menores de edad, los mayores de 12 años tienen derecho a expresar su opinión y en los menores de 12 años se valora su capacidad por personal especializado [4].

Artículo 5, LABP “Titular del derecho a la información asistencial:

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho”.

En todos los casos, el criterio a la hora de decidir es el que cause mayor beneficio para la vida o salud del paciente (art. 9.6 LABP). La decisión será la adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y respetando su dignidad (art. 9.7 LABP) [5].

Cuando haya una decisión contraria a estos criterios o disconformidad del médico con la decisión adoptada o entre tutores, se solicitará una autorización judicial o del ministerio fiscal [1].

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, contempla expresamente el consentimiento por representación conjuntamente con los límites o excepciones del consentimiento informado en su artículo 9, y que son dos: el riesgo para la salud pública y el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo [4].

Artículo 9, LABP, “Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.”

2) Informado:

El derecho del paciente a la información equivale al deber de informar del médico, según lo recogido en la Ley 41/2002 [2]. Con independencia de la Ley, cumplir con este deber es fundamental para llevar a cabo el principio de autonomía y el respeto a la dignidad del paciente porque sin la información necesaria y adecuada no podrá decidir libremente. Es esencial para los profesionales sanitarios que adquieran el verdadero sentido ético y legal de su cumplimiento en beneficio del paciente, para no romper o perjudicar la relación de confianza médico-paciente [6].

Los requisitos de información los detalla la LABP, como sigue [4]:

Artículo 4. “Derecho a la información asistencial:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados

por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

1.1.1 Requisitos de la información que obtenemos respondiendo a estos interrogantes

- ¿Por qué informamos? Para proporcionar una información necesaria y suficiente para que el paciente decida (art. 4.1 LABP) [4].
- ¿De qué informamos y cuánta información proporcionamos? Del acto médico propuesto informaremos sobre su naturaleza y finalidad, así como de sus riesgos (art. 4.1 LABP) [4]. La Ley 41/2002, en contraposición a la LGS, limitó la información de las posibles complicaciones, señalando que se debe informar sobre los riesgos genéricos o frecuentes del acto médico (art. 10.1.c LABP), de los riesgos típicos o específicos del procedimiento (art. 10.1.b LABP), de los propios o particulares del paciente (art. 10.1.c LABP), y de las consecuencias de la negativa del acto médico (art. 21 LABP “ En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley “) [4]. Anotamos que, la LABP también olvidó indicar la información de las actuaciones médicas satisfactivas o no terapéuticas (ante los actos en los que el paciente solicita resultados concretos) [5]. En estos casos, el consentimiento informado debe reflejar que no siempre se garantizan los resultados esperados [1][4].
- ¿Cómo y cuándo informar? Se informará siempre con la antelación suficiente para poder decidir responsablemente y de forma continuada a lo largo de la evolución del proceso asistencial (art. 4.2 LABP) [4]. Se proporcionará de forma comprensible y veraz (art. 4.2 LABP) [4]. Para garantizar que la transmisión de dicha información es correcta, debe proporcionarse verbal y escrita (art. 4.1 y 8.2 LABP), quedando registrada en la historia clínica (art. 4.1 LABP) [4]. El documento de CI con la información proporcionada se obtiene en los actos de riesgo notorio, procedimientos intervencionistas, invasores o de resultados dudosos (art. 8.2 y 10.2 LABP) [4]. Hay que destacar que la información de los riesgos se encuentra protocolizada y, que no incluir los riesgos propios del paciente es uno de los errores que con frecuencia comete el médico en el documento de CI [1].

- ¿Quién informa? La información será transmitida por el médico responsable del paciente, y todo personal sanitario que participe en la realización de actos asistenciales (art. 4.3 LABP) [4].
- ¿A quién se informa? El receptor de la información es el paciente, su representante legal o a las personas designadas por él. Es importante para la práctica diaria preguntar al paciente a quién autoriza para recibir la información (art. 5.1 y 5.2 LABP) [4].
- ¿El deber de informar tiene excepciones? Las situaciones en las que esta obligación decae son las urgencias (art. 9.2.b LABP); la renuncia del derecho a la información por el paciente (art. 4.1 y 9.1 LABP), salvo cuando exista un riesgo para la salud de terceros (art. 9.1 LABP); y, las situaciones de necesidad terapéutica (art. 5.4 LABP). El médico valorará la mejor forma de informar al paciente, según la situación concreta del paciente y de su patología (art. 4.2 LABP) [4].

Estas condiciones, así como los principios generales del deber de informar, están recogidas en los artículos citados previamente y en el artículo 10 de la Ley 41/2002, que establece:

Artículo 10. “Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

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.”

El derecho de obtener una segunda opinión médica está regulado por la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y por el resto de las normativas autonómicas. Esta legislación indica los supuestos en los que existe el derecho a solicitar una segunda opinión y el procedimiento administrativo a seguir para llevar a cabo este derecho [5].

3) Voluntario, libre (no viciado):

La persona capacitada debe decidir libremente (art. 8.1 LABP) [4], sin ningún tipo de condicionante o circunstancia externa que influya en su libre decisión. No es válido un consentimiento obtenido mediante amenazas, dolor, violencia, intimidación, coacción, persuasión, engaño, recompensas o premios.

Subrayamos que los errores derivados de la ausencia o defectuosa información impiden decidir libremente (art. 4.1 LABP) [4].

Como el paciente es libre de decidir y de cambiar de opinión, en cualquier momento tiene derecho a revocar su consentimiento (art. 8.5 LABP) [4].

4) Expreso:

El consentimiento informado debe quedar expreso, de forma verbal y escrita (art. 8.2 LABP) [4]. El médico siempre dejará constancia del consentimiento informado, cuando es verbal en la historia clínica (art. 4.1 y 8.2 LABP) y en las situaciones que exige la Ley se incluirá en la historia clínica el documento de CI con todos sus requisitos (art. 15.2.i LABP: “Contenido de la historia clínica de cada paciente”) [4]. Se exige el documento de CI en los actos médicos intervencionistas, en los actos invasores, los actos de riesgo notorio y previsible para la salud (art. 8.2 LABP) y, cuando se esperan resultados de dudosa efectividad (art. 10.2 LABP) [4].

1.2 Repercusiones jurídicas del consentimiento informado

El consentimiento informado forma uno de los pilares fundamentales de la relación médico-paciente y su omisión o defecto ha dado lugar a un número ascendente de reclamaciones judiciales por responsabilidad civil profesional en España [12][17].

La Organización Médica Colegial (OMC), a través de su Comisión Central de Deontología, también ha señalado en diversas publicaciones que la adecuada obtención del consentimiento informado sigue constituyendo un reto en la práctica clínica y que es una de las principales causas de reclamaciones médicas. En su documento “Consentimiento informado y decisiones clínicas”, resalta que sólo la firma de un documento no puede sustituir al proceso comunicativo que debe caracterizar esta obligación legal y ética [13]. Igualmente, el Supremo (STS 1197/2007, de 4 de diciembre) se ha pronunciado con similares palabras al decir “el consentimiento informado no es un formulario a firmar, sino un proceso de comunicación activa, comprensible y personalizada entre médico y paciente” [14].

Según el informe anual de la Fundación A.M.A. (Agrupación Mutual Aseguradora) sobre reclamaciones por responsabilidad profesional sanitaria, el consentimiento informado es uno de los cinco principales motivos de reclamación contra profesionales sanitarios, representando aproximadamente un 23% de los casos analizados en el área de responsabilidad civil médica [12][18]. Esta cifra posiciona a la falta de información adecuada al paciente como una de las principales fuentes de responsabilidad legal en el ámbito sanitario, solo superada por los errores relacionados con el diagnóstico clínico y las intervenciones quirúrgicas.

La Comunidad Autónoma de Aragón no es ajena a esta tendencia. Un estudio de la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón y de las Audiencias Provinciales de Zaragoza, Huesca y Teruel evidencia que en más de una decena de sentencias dictadas entre 2015 y 2023, la ausencia o defecto del

consentimiento informado fue determinante para apreciar responsabilidad médica. Por ejemplo, la SAP Zaragoza 163/2019, de 26 de abril, condenó a una aseguradora por entender que el paciente no fue debidamente informado sobre los riesgos de una intervención quirúrgica urológica [15]. En otro caso, la STSJ Aragón 311/2021, de 15 de julio, el tribunal revocó parcialmente la sentencia de instancia al reconocer que el consentimiento obtenido no incluía alternativas terapéuticas razonables [16].

Estos datos muestran que el CI es una de las causas más habituales de conflicto legal en el Sistema Sanitario Español [12][17][18]. La frecuencia con la que surgen litigios relacionados con el tema evidencia la necesidad de mejorar la formación de los profesionales sanitarios, tanto en comunicación con los pacientes como en conocimientos legales. Para así ofrecer una atención de mayor calidad y asegurar la protección jurídica de su actuación.

La omisión del consentimiento informado o su realización defectuosa es causa de responsabilidad legal, al margen de la posible responsabilidad deontológica [1]. Su quebrantamiento da lugar directamente a una falta administrativa por incumplimiento de la LABP y si el profesional sanitario tiene una reclamación por este motivo sería sancionado con una multa que se rige por los criterios de la Ley General de Sanidad [19]. Sin embargo, no es este tipo de responsabilidad el que ha causado y causa problemas al médico y a los centros sanitarios, sino la responsabilidad civil que se puede derivar de este hecho [8].

La responsabilidad civil implica la obligación de reparar un daño ocasionado al paciente debido a la culpa o negligencia en el cumplimiento de nuestras obligaciones [8]. Para que se constituya esta responsabilidad, deben concurrir los siguientes elementos:

1. Una actuación culposa o negligente por parte del profesional sanitario (por acción u omisión) en el cumplimiento de alguna de sus obligaciones.
2. La existencia de un daño ya sea físico, psíquico o moral.
3. Una relación de causalidad directa entre la culpa o negligencia y el daño [7].

Siempre que el profesional sanitario incumple con una obligación de su ejercicio profesional se encuentra ante una causa de responsabilidad civil. La causa principal de reclamaciones médico-sanitarias se encuentra en el incumplimiento de la “*Lex Artis ad hoc*”, dentro de la cual se pueden diferenciar las que se apoyan en una mala praxis médica, en el incumplimiento del consentimiento informado o en ambas [17].

La *Lex Artis ad hoc* hace referencia al conjunto de medios y conocimientos que el profesional pone a disposición del paciente, de acuerdo con los estándares científicos vigentes y con la individualización del caso clínico (circunstancias que se dieron en el momento de realizar el acto médico) [22]. Este concepto fue ampliado por la Jurisprudencia debido a la introducción del CI en la normativa y el aumento exponencial de reclamaciones por este motivo [21]. La definición aportada se completó, incluyéndose dentro del concepto de *Lex Artis ad hoc*, el cumplimiento del CI [20]. De tal modo que, se puede incurrir en responsabilidad profesional tanto por una mala praxis en la obtención del CI como, por no haber puesto los medios y conocimientos necesarios a disposición del paciente, obteniéndose del concepto de *Lex Artis ad hoc*, dos causas independientes de responsabilidad profesional médico-sanitaria [22]. Ambas dimensiones,

el consentimiento y la calidad de la actuación médica, deben ser evaluadas de forma independiente, aunque puedan estar interrelacionadas en el proceso judicial. Por ello, la existencia de un CI válido no exonera por sí misma al profesional de responsabilidad si la intervención no se ajustó a los parámetros de buena praxis, y el CI nunca es un aval de la buena praxis médica [23].

La principal causa de las reclamaciones por un consentimiento defectuoso es la información inadecuada, que incluye tanto la falta total de información como la información incompleta (STS de 29 de junio de 2010 (rec. 4637/2008) [24], cit. en las STSJ AR 1747/2024 y STSJ AR 428/2024). El Tribunal Supremo ha establecido que no informar correctamente al paciente implica una infracción del derecho a decidir por sí misma, aunque la actuación médica haya sido técnicamente correcta. Así lo recoge la STS de 28 de mayo de 2004 (ROJ: STS 482/2004) [25], que considera que no obtener el consentimiento informado puede ocasionar responsabilidad médica, incluso sin haber existido una mala práctica técnica, porque es una infracción independiente. Otras muchas sentencias resaltan que el hecho de que el paciente firme un consentimiento, no exime de responsabilidad si hubo negligencia, o bien que, distinguen entre el consentimiento informado y la correcta ejecución técnica de la atención médica, como por ejemplo: la STS de 7 de mayo de 2014 [26]; STS de 3 de febrero de 2015 [27]; STS de 20 de noviembre de 2009 [28]; STS de 3 de marzo de 2010 [29]; STS de 19 de julio de 2013 [30]; STS de 30 de noviembre de 2021 (ROJ: STS 4355/2021) [31]; ...y, que están expuestas en los fundamentos de derecho de la SAP Z 1019/2024 [33].

Si el consentimiento informado no se ha obtenido, o resulta inválido o defectuoso por no cumplir con sus requisitos de contenido (por ejemplo: información incompleta, o inadecuada) o formales (por ejemplo: ausencia de firma), el paciente sufre un daño y hay relación causal entre los dos requisitos anteriores estaremos ante responsabilidad civil. La STS de 16 de enero de 2012 (ROJ: STS 279/2012 - 948/2011) [32] dice en los supuestos de falta de información previa adecuada y suficiente sobre un riesgo y su posterior materialización, indican que la relación de causalidad se debe establecer entre la omisión de la información y los riesgos de la actuación médica que se han materializado y no han sido informados, y no entre la negligencia del médico y el daño a la salud del paciente. En tales circunstancias, la jurisprudencia aclara que la negligencia médica comporta una pérdida de oportunidad para el paciente, la cual debe valorarse en razón a la probabilidad de que, una vez informado de estos riesgos personales, probables o típicos, hubiera decidido continuar en la situación en que se encontraba o se hubiera sometido razonablemente a una intervención que no había necesidad vital de llevarla a cabo.

La existencia de un CI adecuadamente elaborado, comprensible, individualizado y documentado sirve como prueba de que se ha respetado la autonomía del paciente porque es el medio probatorio fundamental que acredita que el paciente fue debidamente informado y consintió de forma libre y voluntaria la intervención o tratamiento propuesto. En principio, la carga de la prueba en los procedimientos civiles recae sobre quien alega el hecho constitutivo del derecho reclamado, conforme al artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000, de 7 de enero, LEC). Así, si un paciente afirma no haber sido informado o no haber prestado un consentimiento válido, debe demostrar dicha falta. No obstante, la jurisprudencia ha reconocido que, en determinadas circunstancias, la carga de la prueba puede trasladarse al profesional sanitario o a la entidad asistencial. “La ausencia de prueba del consentimiento informado por parte del facultativo invierte

la carga de la prueba y hace presumir su omisión” (STS 397/2001, de 18 de abril) [34]; “Cuando no se acredita documentalmente el consentimiento informado, se entiende, salvo prueba en contrario, que no se informó adecuadamente al paciente” (STS 242/2006, de 10 de marzo) [35]. Si el paciente reclama por la falta de CI o un riesgo no informado, sin la firma del paciente, ... [36] y, el médico no conserva ni aporta el documento correspondiente, se invierte la carga de la prueba, considerándose acreditada la infracción del deber de información: “El médico debe probar que cumplió con su obligación de informar y obtener el consentimiento” (STS de 28 de noviembre de 2007, ROJ: STS 7788/2007). Este hecho hace especialmente relevante que los profesionales sanitarios conserven la documentación del consentimiento informado, integrado en la historia clínica (art. 3 de la Ley 41/2002). Esta inversión no contradice la presunción de inocencia, lo que ocurre es que, se fundamenta en la asimetría estructural entre el médico y el paciente, por el principio de facilidad probatoria [36] y por el deber legal del médico de documentar adecuadamente la información clínica y custodiársela. Por estos motivos, los tribunales han flexibilizado la aplicación estricta del artículo 217 de la LEC, trasladando al médico la obligación de probar que cumplió con su deber de información cuando no queda constancia documental suficiente.

En los casos en que se acredite mala praxis con un resultado lesivo para el paciente, la responsabilidad civil se traduce en una indemnización económica que tiene por objeto reparar el daño causado. La indemnización se obtiene generalmente en base a los baremos o sistemas indemnizatorios de daños personales, que engloban tanto los daños morales (no patrimoniales o no económicos) resultantes de la lesión o muerte, como, los daños patrimoniales o económicos. Se trata del sistema legal de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (Título IV, RDLeg. 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor). Obligatorio para el resarcimiento de daños personales causados en los accidentes de circulación, y de uso con carácter orientativo en los casos de mala praxis médica. Se quiere o se pretende elaborar un sistema o baremo para los daños sanitarios que contemple otros daños, como los morales derivados por ejemplo del consentimiento informado.

El daño causado al paciente derivado de una falta de consentimiento informado puede consistir en un daño moral debido a la pérdida del derecho a decidir libremente y/o en la existencia de un daño psicofísico, porque no se obtuvo el consentimiento informado o porque la complicación no figuró en el mismo. En estos casos son los tribunales quienes lo valoran, estimando la indemnización de acuerdo con los criterios jurisprudenciales. La STS de 4 de junio de 2013 (Recurso: 2187/2010) señala que puede haber tanto una mala praxis técnica como una falta de consentimiento informado, y que ambas pueden dar lugar a indemnizaciones distintas [37]. La STS de 2 de enero de 2012 (rec. 6710/2010) considera que no informar sobre los riesgos o alternativas supone un daño moral al paciente, aunque el procedimiento haya sido correcto técnicamente [38].

2. OBJETIVOS

El objetivo general es realizar una revisión de las resoluciones judiciales sobre la situación actual del consentimiento informado en el ámbito sanitario de Aragón en el año 2024, identificando la posible problemática de las reclamaciones judiciales y consecuencias del incumplimiento del consentimiento.

En términos precisos, se plantean los siguientes objetivos:

1. Identificar y clasificar las sentencias judiciales en las que el consentimiento informado ha sido un elemento clave en la resolución del caso, señalando aquellas en las que los tribunales han estimado la reclamación (condenatorias) y aquellas en las que ha sido desestimada (absolutorias).
2. Analizar las causas y circunstancias que han promovido las reclamaciones judiciales relacionadas con el consentimiento informado, identificando los factores médico-legales involucrados.
3. Evaluar la validez del consentimiento informado, distinguiendo entre casos en los que se consideró suficiente, insuficiente o ineficaz en función de los criterios aplicados por los tribunales.
4. Determinar la influencia del consentimiento informado en la resolución judicial, analizando si su ausencia o deficiencia ha sido un factor determinante en las sentencias condenatorias o absolutorias.
5. Examinar la relación entre la ausencia o defectos del consentimiento informado y la aplicación de la *Lex Artis ad hoc*.
6. Proponer mejoras o recomendaciones en la aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica para minimizar conflictos legales y mejorar la seguridad jurídica en la relación médico-paciente.

Estos objetivos permitirán desarrollar un análisis de las resoluciones o fallos de las Audiencias Provinciales y del Tribunal Superior de Justicia de Aragón en relación con el consentimiento informado, contribuyendo a una mejor comprensión de su impacto en el ámbito jurídico y sanitario.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Después de informarnos sobre la materia, procedimos a la elección de las sentencias objeto del estudio de la siguiente manera. Se realizaron diversas búsquedas en el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ), (<https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>), añadiendo diferentes filtros y palabras clave, con el objetivo de acotar los casos más significativos.

Se probaron distintas combinaciones de términos hasta obtener unos resultados que se ajustaran a nuestro ideal.

A continuación, se detallan cinco búsquedas que descartamos por su exceso de resultados o escasa relevancia jurídica:

- Resultado 1: se filtró por “consentimiento informado”, en tipo de órgano “Tribunal Supremo” 6321 resultados.
- Resultado 2: la búsqueda se realizó añadiendo en la búsqueda por texto libre sólo “consentimiento informado” y en localización indicando “Aragón” como conjunto, sin limitación de fecha: 1870 resultados.
- Resultado 3: se aplicaron los filtros “consentimiento informado”, “Aragón” y esta vez, añadiendo fecha de resolución desde “2020”: 1029 resultados.
- Resultado 4: esta vez se utilizó la búsqueda de “consentimiento informado”, en “Aragón” desde el año “2022”: 494 resultados.
- Resultado 5: se utilizó la búsqueda de “consentimiento informado”, pero en este caso nos ceñimos a “Zaragoza” desde el año “2022”: 426 resultados.

Dado que se trata de un trabajo de fin de grado y el número de sentencias obtenidas en las búsquedas anteriores, sumada a la dificultad de la terminología jurídica con su significado y repercusiones, optamos por reducir nuestra búsqueda en la base de datos CENDOJ a los siguientes filtros:

- Palabras clave: “consentimiento informado”, “responsabilidad médica”.
- Tipo de órgano: Tribunal Superior de Justicia y Audiencia Provincial.
- Localización: Aragón.
- Fecha de resolución: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024.

Esta búsqueda definitiva, realizada el 28 de febrero de 2025 a las 11:16 horas, arrojó un total de 15 sentencias. Tras una revisión individualizada del contenido de cada resolución, el criterio de exclusión aplicado fue la falta de tratamiento sustancial del consentimiento informado en relación con la responsabilidad médica.

Aplicando este criterio se descartaron las siguientes seis sentencias:

- STSJ AR 1239/2024: el análisis central de esta sentencia gira en torno a la posible infracción de la *Lex Artis* por tardanza en el diagnóstico y aplicación de tratamientos en un caso pediátrico, así como la aplicación del daño desproporcionado y la pérdida de oportunidad. La propia sentencia manifiesta explícitamente que la infracción del deber de consentimiento informado no fue cuestionada en el litigio, lo que indica que este aspecto, fundamental para nuestro estudio, no constituyó el eje del pronunciamiento judicial.

- STSJ AR 559/2024: esta sentencia se refiere a un caso relacionado con prestaciones de seguridad social o incapacidad, analizando las limitaciones orgánicas y funcionales de una trabajadora basadas en informes médicos del INSS y de peritos. Dicho esto, el litigio no aborda cuestiones de responsabilidad médica o validez del consentimiento informado en el contexto de un acto clínico específico. Aunque sí menciona que se obtuvo en el relato de los hechos médicos.
- STSJ AR 1067/2024: esta resolución judicial trata sobre un caso de acoso laboral y sus consecuencias para la salud psicológica de la trabajadora afectada. El análisis se centra en el ámbito del derecho social y la responsabilidad de la empresa en la protección de la salud de sus empleados frente a situaciones de acoso, sin abordar en absoluto el consentimiento informado en la relación médico-paciente.
- STSJ AR 1297/2024: de acuerdo con el proceso de cribado inicial, esta sentencia que trataba sobre diversas infracciones administrativas de una residencia geriátrica se descartó porque no trataba un asunto de responsabilidad médica. Aunque, sí podemos decir un dato relacionado con las actividades médico-sanitarias y sus residentes, que fue una de las causas de falta administrativa y de cierre de la residencia: el tener a dieciséis residentes sujetas con cinturón a las sillas sin prescripción médica ni consentimiento informado.
- STSJ AR 428/2024: esta sentencia fue descartada porque no aborda de forma específica el consentimiento informado en relación con la responsabilidad médica. Aunque en los fundamentos jurídicos se menciona el consentimiento informado, reconociendo su importancia y su posible consideración como un daño autónomo, el eje del litigio no gira en torno a un análisis detallado sobre si hubo o no un defecto en el consentimiento en el caso concreto. Es decir, se menciona el concepto, pero no constituye el núcleo del conflicto jurídico ni la base principal de la decisión.
- STSJ AR 627/2024: Al igual que la anterior, esta sentencia fue excluida debido a que no trata de forma sustancial el consentimiento informado vinculado directamente con la responsabilidad médica. Aunque en los fundamentos se menciona la información al paciente y se recoge la doctrina legal sobre el consentimiento informado en el ámbito de la responsabilidad patrimonial, el núcleo del análisis judicial no se enfoca en una disputa sobre un posible incumplimiento o defecto en dicho consentimiento en el caso en cuestión. Por tanto, no cumplía con el criterio de inclusión establecido para este estudio.

Estas dos últimas sentencias, de forma indirecta, expresan la importancia del CI. A pesar de no ser objeto de controversia el CI, se refieren a él en sus fundamentos de derecho indicando los aspectos antes referidos.

Como resultado, el conjunto final de resoluciones judiciales seleccionadas para su análisis quedó conformado por nueve sentencias.

Con el objetivo de dotar al proceso de búsqueda y selección de sentencias judiciales de una estructura rigurosa, transparente y reproducible, se ha optado por emplear el método PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Aunque tradicionalmente utilizado en revisiones sistemáticas del ámbito científico y sanitario, este enfoque ha sido adaptado al contexto jurídico del presente trabajo, permitiendo organizar de forma clara las distintas etapas de filtrado documental. La

aplicación del método PRISMA aporta solidez metodológica al análisis y facilita una mejor comprensión del procedimiento seguido para conformar el corpus final de resoluciones judiciales analizadas.

A continuación, se describe el proceso seguido conforme a las cuatro fases del modelo PRISMA:

1 Identificación

- Fuente de información: CENDOJ.
- Palabras clave: “consentimiento informado”, “responsabilidad médica”.
- Fecha de búsqueda: 28/02/2025 a las 11:16 horas.
- Órganos judiciales: Tribunal Superior de Justicia y Audiencia Provincial.
- Localización: Aragón.
- Rango temporal: 01/01/2024 – 31/12/2024.
- Sentencias identificadas: 15 resoluciones judiciales que cumplían con los filtros y palabras clave establecidos.

2 Cribado (Screening)

- Revisión individual del texto completo de las 15 sentencias obtenidas para determinar su relevancia jurídica en relación con el objeto del estudio.
- Se analizaron aspectos como la presencia del consentimiento informado en los fundamentos jurídicos y su vinculación con la responsabilidad médica derivada de la práctica clínica.

3 Elegibilidad (Eligibility)

- Criterio de exclusión: ausencia de un tratamiento sustancial del consentimiento informado vinculado a la responsabilidad médica.
- Sentencias excluidas: STSJ AR 1239/2024, STSJ AR 559/2024, STSJ AR 1067/2024, STSJ AR 1297/2024, STSJ AR 428/2024 y STSJ AR 627/2024.

4 Inclusión

- Sentencias seleccionadas que cumplían con los requisitos establecidos para el análisis final: 9.

La *Figura 1* muestra el diagrama de flujo del proceso de selección de sentencias, que culminó en la inclusión de nueve resoluciones judiciales pertinentes tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Se ha seguido el esquema metodológico PRISMA 2020, adaptado al contexto jurídico del estudio para garantizar la transparencia y reproducibilidad de la selección documental, representado visualmente y permitiendo una comprensión clara y estructurada del proceso seguido.

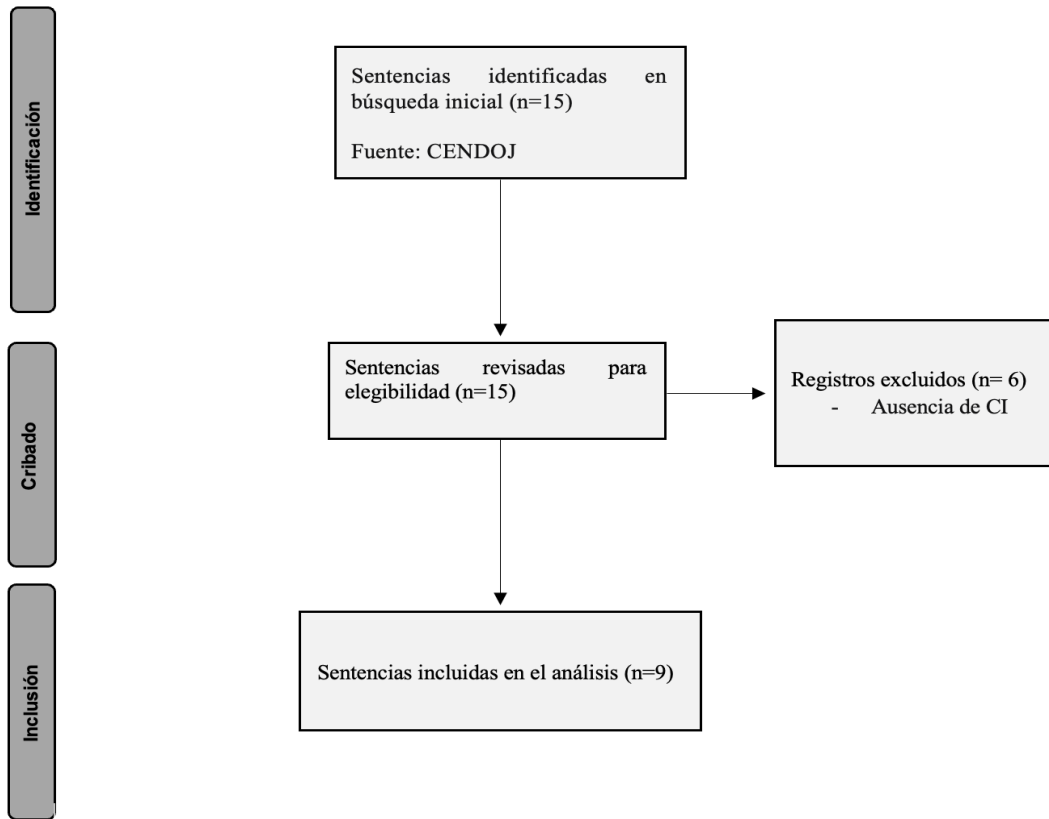


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 adaptado para la selección de sentencias judiciales analizadas en el estudio. Se representa el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de resoluciones judiciales obtenidas en la base de datos del CENDOJ, siguiendo criterios de relevancia jurídica sobre el consentimiento informado en el ámbito sanitario aragonés en el año 2024. CI= Consentimiento informado.

Tras la selección y recopilación de información se inició el análisis detallado de las nueve sentencias. Para ello, se diseñó una ficha estructurada en bloques temáticos que permitió recopilar variables clave:

- Datos generales de la sentencia
 - Fecha de resolución.
 - Órgano judicial.
 - Reclamación inicial: Juzgado de Primera Instancia o Departamento de Sanidad.
 - Demandante.
 - Demandado.
 - Causa de la reclamación (mala praxis en la actuación médica, CI, o ambos).
 - Importe de la reclamación (indemnización).
 - Resolución de Primera Instancia u Orden de la Consejería de Sanidad (estimada/condenatoria o desestimada/absolutoria).
 - Causa de la desestimación (mala praxis, CI, o ambos).
 - Fallo de la AP o del TSJ (estimada/condenatoria o desestimada/absolutoria).

- Consentimiento informado:
 - Ausente, valido o defectuoso y su causa.
 - Indemnización por el CI.

- Aspectos médicos
 - Especialidad médica del profesional demandado.
 - Acto médico motivo de la reclamación.
 - Fecha del acto médico.
 - Daño reclamado: lesiones, secuelas, o muerte.

La información recogida a partir de cada sentencia mediante esta ficha facilitó la detección de patrones y problemáticas comunes, cuyos hallazgos serán expuestos en la sección de resultados y serán objeto de reflexión crítica en la sección de discusión.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Procedemos a analizar los hallazgos clave obtenidos del estudio de las nueve sentencias de las Audiencias Provinciales y el Tribunal Superior de Justicia de Aragón seleccionadas durante el periodo analizado, por abordar el consentimiento informado como posible causa de la responsabilidad civil o patrimonial médico-sanitaria.

El estudio de las sentencias y de las variables objeto de nuestro estudio nos permiten realizar este análisis descriptivo de los resultados.

4.1 Origen de las sentencias

Las nueve sentencias están comprendidas por cuatro procedentes de las Audiencias Provinciales (AP) y cinco del Tribunal Superior de Justicia (TSJ). Tres de las SAP de la sala civil de la AP de Zaragoza y una de la sala de lo penal de la AP de Teruel. Las Sentencias del TSJ de Aragón fueron emitidas por la Sala de lo Contencioso-Administrativo y en concreto de la sección 1.

Sabemos que estamos en un estudio preliminar que deberá ser completado, pero apreciamos y como era de esperar, que la mayoría de los asuntos se originan en Zaragoza y que prevalecen las reclamaciones patrimoniales (Contencioso-Administrativo) sobre las civiles. Llama la atención que un asunto sobre el consentimiento informado se haya dirimido en lo penal.

Nota: las reclamaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, los procedimientos se conducen a través de los tribunales de Primera Instancia (civiles). Si una de las partes no queda conforme con la

sentencia, puede recurrir a la Audiencia Provincial (AP), que revisará el caso, pudiendo modificar o confirmar el fallo original. Por otro lado, en el ámbito público, cuando un paciente considera que ha sido víctima de un error médico en un Servicio Público de la Salud, la reclamación se dirige a la administración correspondiente, la Consejería de Sanidad. Esta entidad emite una Orden sobre la responsabilidad patrimonial, y si una de las partes afectadas no está conforme, puede recurrir al Tribunal Superior de Justicia (TSJ), que revisará el caso y, si lo considera oportuno, modificará la decisión de la administración.

4.2 Causa de la reclamación

En las reclamaciones por responsabilidad médica, los fundamentos jurídicos suelen centrarse en una atención sanitaria inadecuada. Esta deficiencia puede presentarse principalmente de dos formas legalmente diferenciadas, aunque a veces interrelacionadas:

- **Infracción de la *Lex Artis ad hoc*:** en su análisis se apreciará que la negligencia no se encuentra normalmente en una práctica médica errónea, por un diagnóstico o tratamiento médico inadecuados, sino en reclamaciones apoyadas en la determinación de una mala praxis en base a los criterios jurídicos de la “pérdida de oportunidad” (por ejemplo, demora en un diagnóstico o en un tratamiento; siendo la relación causal entre la conducta médica y el daño del paciente tan solo una probabilidad) y el “daño desproporcionado” (por producir la conducta médica, según los criterios jurisprudenciales que lo definen, un daño de elevada magnitud respecto al acto médico realizado, inexplicable y que no se podía prever).
- **Falta o insuficiencia del consentimiento informado:** esta infracción se considera independiente de la *Lex Artis*, aunque también se integre en ella.

A continuación, se detallan las causas de las reclamaciones clasificadas por casos:

CASO 1 - AAP TE 86/2024

- **Mala praxis en la actuación médica:** la paciente considera que la intervención realizada produjo secuelas, lo que derivó en una pérdida de oportunidad al no haberse realizado la técnica supuestamente menos arriesgada.
- **Consentimiento informado:** la demandante sostiene que no consta CI firmado por ella en relación con la concreta intervención que se le realizó. Aunque son irrelevantes penalmente los defectos relativos al CI.

CASO 2 - SAP Z 1019/2024

- **Mala praxis en la actuación médica:** se alega un resultado estético desproporcionado y técnicas incorrectas que empeoraron el resultado, para justificar una infracción de la *Lex Artis*.

- Consentimiento informado: la insuficiencia del consentimiento informado fue un factor importante que colaboró en la aceptación parcial de la demanda.

CASO 3 - SAP Z 1264/2024

- Mala praxis en la actuación médica: por falta de pruebas que llevaron a un tratamiento quirúrgico incorrecto.
- Consentimiento informado: información inadecuada e insuficiente acerca de los riesgos de las intervenciones.

CASO 4 - SAP Z 334/2024

- Mala praxis en la actuación médica: responsabilidad médica basándose en la pérdida de oportunidad y en la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado.
- Consentimiento informado: ausencia de consentimiento informado.

CASO 5 - STSJ AR 1283/2024

- Mala praxis en la actuación médica: la recurrente sostenía la infracción de la *Lex Artis ad hoc* debido a la indicación de intervención quirúrgica inadecuada.
- Consentimiento informado: la parte recurrente alegó que no se explicaron ni analizaron otras posibilidades quirúrgicas, no se informó de los graves riesgos potenciales de la operación, y se dio a firmar un formulario genérico de consentimiento informado, es decir, un consentimiento fue insuficiente.

CASO 6 - STSJ AR 1289/2024

- Mala praxis en la actuación médica: el recurrente sostuvo que, a pesar de que existían indicios de complicaciones y ya se conocían los resultados, no se realizaron los análisis necesarios, y no se prescribió tratamiento a tiempo. Esta omisión habría permitido que la infección se agravara, derivando en secuelas, por este motivo, alega infracción de la *Lex Artis ad hoc*, pérdida de oportunidad y daño desproporcionado.
- Consentimiento informado: no se cuestionó directamente al haber sido firmado correctamente previo a la cirugía por la paciente.

CASO 7 - STSJ AR 1309/2024

- Mala praxis en la actuación médica: el demandante se apoya en la pérdida de oportunidad por tardanza en diagnóstico y tratamiento.

- Consentimiento informado: abordó los riesgos principales y fue firmado por el paciente previamente a la operación.

CASO 8 - STSJ AR 1346/2024

- Mala praxis en la actuación médica: la demandante se basó en la existencia de un daño iatrogénico y la falta de vulneración de la *Lex Artis*. Exigió responsabilidad patrimonial por la defectuosa prestación de la asistencia sanitaria.
- Consentimiento informado: fue firmado el correspondiente consentimiento informado en el cual se detallan las posibles secuelas.

CASO 9 - STSJ AR 1747/2024

- Mala praxis en la actuación médica: responsabilidad patrimonial derivada de un error quirúrgico que causó daño iatrogénico, reclama por la defectuosa prestación del servicio sanitario.
- Consentimiento informado: el recurrente no basa su reclamación en la falta de información o en el desconocimiento del riesgo de la complicación ya que se presenta CI firmado en el que constaron las posibles complicaciones.

A partir del análisis de los nueve casos presentados, se observa que la primera reclamación (CASO 1 - AAP TE 86/2024) se apoyó en la mala praxis en la realización del acto médico (infracción de la *Lex Artis ad hoc*) y/o por un defecto en la obtención o insuficiencia del consentimiento informado. En muchos de los casos, ambas causas coexistieron, actuando conjuntamente como base de la reclamación. Esto se refleja claramente en los casos 2 (SAP Z 1019/2024), 5 (STSJ AR 1283/2024) y 6 (STSJ AR 1289/2024), donde los defectos en el consentimiento informado reforzaron o complementaron la alegación de una mala praxis médica.

Aunque la finalidad del estudio no sea analizar la mala praxis en la actuación médica reclamada, los motivos que se indican con mayor frecuencia son el “daño desproporcionado” y la “pérdida de oportunidad”.

Los casos que reclaman por “daño desproporcionado” son: 2 (SAP Z 1019/2024), 4 (SAP Z 334/2024), 6 (STSJ AR 1289/2024). Además, en el caso 5 (STSJ AR 1283/2024) y en el 9 (STSJ AR 1747/2024), el tribunal menciona la doctrina del “daño desproporcionado” aunque la demanda no lo argumentó.

Los casos que reclaman por “pérdida de oportunidad” son: 1 (AAP TE 86/2024), 4 (SAP Z 334/2024), 6 (STSJ AR 1289/2024), 7 (STSJ AR 1309/2024). Además, la sentencia STSJ AR 1747/2024, menciona la doctrina de la “pérdida de oportunidad”, pero lo hace para descartar su aplicación al caso concreto, aunque no se haya señalado en el recurso.

4.3 Especialidades médicas involucradas y sus actos médicos

Dentro de las especialidades objeto de reclamación destaca Traumatología, en la que se encuentran cinco sentencias: AAP TE 86/2024 con una intervención quirúrgica para corregir deformidad ósea (Hallux Valgus); SAP Z 1264/2024 con cuatro intervenciones quirúrgicas (trasplante de tendón) e infiltraciones paliativas; SAP Z 334/2024 con infiltraciones (Ozonoterapia); STSJ AR 1289/2024 por cirugía por fracturas y cuidados postoperatorios (curas de herida, manejo de infección); y, STSJ AR 1309/2024 por una primera cirugía de artrodesis, segunda cirugía para hematoma epidural.

A continuación fueron motivo de reclamación existiendo tan solo un caso: la Neurocirugía (STSJ AR 1283/2024 por una intervención quirúrgica para extirpación de tumor intracraneal, astrocitoma pilocítico); la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SAP Z 1019/2024, por una mastopexia sin prótesis, liposucción y dermolipsectomía de muslos); Cirugía Maxilofacial (STSJ AR 1346/2024 por una parotidectomía superficial); y, Urología (STSJ AR 1747/2024 con una intervención quirúrgica de retirada de ureterorrenoscopia).

Podemos concluir que son las especialidades quirúrgicas, las que entrañan más riesgos y complicaciones y, por ende, las más reclamadas.

4.4 Daños o consecuencias

A continuación, se describen los principales daños identificados en cada una de nuestras sentencias estudiadas organizadas en casos:

- **CASO 1 - AAP TE 86/2024:** daños y secuelas reclamados en este caso de supuesta imprudencia profesional se refieren a un retraso en la consolidación ósea o el callo perióstico tras una intervención quirúrgica para corregir una deformidad ósea. Según el informe del médico forense, estas secuelas no obedecen a una negligencia médica, sino que son propias del proceso natural de reparación ósea.
- **CASO 2 - SAP Z 1019/2024:** procedimiento por cirugía estética contra un centro estético, la paciente reclamó por secuelas: cicatrización anormal, socavones, surcos, cicatriz excesiva en el costado, zonas deprimidas, asimetría areolar y déficits de contorno. Todo ello fue calificado como un perjuicio estético de grado medio.
- **CASO 3 - SAP Z 1264/2024:** las resoluciones no detallan las secuelas físicas concretas resultantes de las intervenciones quirúrgicas.
- **CASO 4 - SAP Z 334/2024:** relacionado a infiltraciones de ozonoterapia, originó lesiones neurológicas graves, incluyendo síndrome de encefalopatía posterior reversible bilateral, infartos cerebrales, crisis comiciales, estatus epiléptico y pérdida de visión, entre otras secuelas relevantes.

- **CASO 5 - STSJ AR 1283/2024:** tras una cirugía para extirpar un tumor en el IV ventrículo, la paciente sufrió una gran invalidez y dependencia absoluta. Las secuelas incluyeron paresia, oftalmoplejía, hipoacusia, disartria, disfagia, parálisis facial, pérdida visual, signos cerebelosos y tetraparesia atáxica. Además, del daño moral derivado de la falta de consentimiento informado.
- **CASO 6 - STSJ AR 1289/2024:** este caso de responsabilidad patrimonial el paciente sufrió secuelas derivado de una infección tras una fractura abierta grado III, los daños incluyeron afectación en tejidos blandos y óseos, múltiples cirugías, injertos y hospitalizaciones.
- **CASO 7 - STSJ AR 1309/2024:** secuelas derivadas de una cirugía por fractura vertebral que incluyeron paraplejía, pérdidas sensitivas, limitación severa de movilidad, dolor, lesiones cardíacas y urológicas. Se cuantificó una minusvalía del 56%. La reclamación también se fundamenta en la pérdida de oportunidad por el retraso en pruebas.
- **CASO 8 - STSJ AR 1346/2024:** consecuencia de una parotidectomía superficial, el paciente sufrió parálisis facial izquierda, lagofthalmos (incapacidad de cerrar el ojo) y desviación de la comisura bucal.
- **CASO 9 - STSJ AR 1747/2024:** tras una intervención ureteral, el paciente sufrió rotura del uréter con secuelas graves. Los daños se calificaron como perjuicio personal de carácter grave y moderado, incluyeron daño moral, secuelas físicas y lucro cesante.

4.5 Indemnización solicitada

En este apartado se detallan las solicitudes de indemnización solicitadas por los demandantes en los diferentes procedimientos judiciales, especificando la cuantía solicitada en cada caso:

- **CASO 1 - AAP TE 86/2024**

No se menciona una cantidad monetaria específica solicitada por la demandante.

- **CASO 2 - SAP Z 1019/2024**

Se demanda a un centro estético por daños derivados de cirugías estéticas defectuosas. La demandante solicita una indemnización de 84.438,86 euros por los perjuicios sufridos. Además, se solicita el pago de los intereses legales desde la interpelación extrajudicial, así como las costas del procedimiento.

- **CASO 3 - SAP Z 1264/2024**

En los extractos disponibles, no se especifica una cantidad concreta solicitada como indemnización.

- **CASO 4 - SAP Z 334/2024**

En este recurso de apelación, la demandante solicita una indemnización por daños derivados de una intervención médica negligente. La cantidad solicitada en su demanda asciende a 305.442,93 euros.

- **CASO 5 - STSJ AR 1283/2024**

En este caso de responsabilidad patrimonial, los demandantes solicitan las siguientes indemnizaciones:

- 1.385.746,96 euros por el estado de gran invalidez y dependencia total de la paciente.
- 100.000 euros a favor de los padres de la paciente debido al impacto en su vida diaria por tener que hacerse cargo de su hija.

- **CASO 6 - STSJ AR 1289/2024**

El demandante solicita una indemnización de 153.308,37 euros por responsabilidad patrimonial derivada de un tratamiento médico. Además, se incluyen intereses por demora.

- **CASO 7 - STSJ AR 1309/2024**

Se solicita una indemnización de 150.000 euros. Aunque la cuantificación inicial de los daños era mayor, la cantidad se ajustó a esta cifra debido a que el caso se centra en la pérdida de oportunidad.

- **CASO 8 - STSJ AR 1346/2024**

Se solicita una indemnización de 600.000 euros en su recurso contencioso-administrativo por las secuelas sufridas tras una intervención quirúrgica.

- **CASO 9 - STSJ AR 1747/2024**

El demandante solicita una indemnización de 177.605,32 euros por los daños derivados de una intervención ureteral que causó complicaciones graves. La cuantía incluye los perjuicios personales por secuelas, el daño moral por pérdida de calidad de vida, el lucro cesante y los costes de las intervenciones quirúrgicas necesarias.

4.6 Resultados judiciales e indemnizaciones

Los resultados de las resoluciones de Primera Instancia, de las Órdenes de la Consejería de Sanidad y de las AP y los fallos del TSJ son:

- **CASO 1 – AAP TE 86/2024**

- **Órgano judicial:** Audiencia Provincial de Teruel, Sección 1ª.
- **Reclamación inicial:** procedimiento penal iniciado como Diligencias Previa 435/2024 en el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Teruel. La reclamación inicial declaraba la supuesta comisión de un delito de lesiones causadas por imprudencia profesional, particularmente un delito de lesiones por imprudencia grave profesional, en relación con una actuación quirúrgica.

- **Indemnización reclamada:** no se menciona una cuantía de indemnización reclamada dentro de este procedimiento penal.
- **Resolución de Primera Instancia:** el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Teruel dictó un auto (auto 728/2024) que concordó el sobreseimiento libre de previas diligencias. Después, desestimó un recurso de reforma contra dicha decisión (auto 000162/2024).
- **CI:** la 1ª instancia lo consideró irrelevante penalmente a efectos de imprudencia, sobreseyendo la causa. La Audiencia Provincial reafirmó la desestimación del recurso, reincidiendo que la insuficiencia técnica o genericidad del documento de consentimiento no constituían imprudencia penal.
- **Causa de la desestimación:** la decisión de sobreseimiento libre se apoyó en que los hechos no eran constitutivos de infracción penal. Se valoró inexistente la imprudencia profesional investigada, ya que la actuación quirúrgica llevada a cabo fue acorde a las técnicas y medios esperables de la profesión según el informe del Instituto de Medicina Legal. Los defectos del consentimiento informado son irrelevantes penalmente.
- **Fallo de la Audiencia Provincial:** la Audiencia Provincial de Teruel desestimó el recurso de apelación interpuesto por la acusación particular. La Sala corroboró íntegramente la resolución recurrida del Juzgado de Instrucción.
- **Indemnización final concedida:** no procede al tratarse de un procedimiento penal.
- **CASO 2 – SAP Z 1019/2024**
 - **Órgano judicial:** Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 5ª.
 - **Reclamación inicial:** demanda interpuesta en el Juzgado de Primera Instancia por daños y perjuicios tras tres intervenciones quirúrgicas estéticas causadas en la paciente producidas en un centro estético.
 - **Indemnización reclamada:** 84.438,86 euros, más los intereses legales.
 - **Resolución de Primera Instancia:** el juzgado estimó parcialmente la demanda, condenando a la demandada a pagar 59.438,86 euros, más intereses.
 - **CI:** la 1ª Instancia estimó parcialmente, comprendiendo información genérica e insuficiente sobre riesgos considerables. La Audiencia Provincial de 2ª Instancia estimó parcialmente, considerando el consentimiento como inadecuado por formalismos y no ser suficiente.
 - **Causa de la estimación parcial:** las pruebas periciales corroboraron que las secuelas fueron fruto de una cicatrización anormal y una intervención que no cumplió con los estándares esperados, además de la falta de información sobre los riesgos de las intervenciones.

- **Fallo de la Audiencia Provincial:** la Audiencia estimó parcialmente el recurso de apelación interpuesto por la demandada, reduciendo la indemnización concedida a 56.663,86 euros.
- **Indemnización final concedida:** 56.663,86 euros, descartando un tratamiento postoperatorio no justificado.
- **CASO 3 – SAP Z 1264/2024**
 - **Órgano judicial:** Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 5ª.
 - **Reclamación inicial:** demanda interpuesta contra el doctor y la aseguradora, exponiendo mala praxis por no realizar pruebas complementarias adecuadas, lo que resultó en un tratamiento incorrecto.
 - **Indemnización reclamada:** no se especificó en la sentencia.
 - **Resolución de Primera Instancia:** el Juzgado de Primera Instancia desestimó íntegramente la demanda.
 - **CI:** la 1ª Instancia desestimó la demanda y consideró que el consentimiento informado era apropiado, aunque no lo examinó a fondo porque no era el tema principal que se reclamaba. Luego, la Audiencia Provincial, también desestimó el recurso. No aceptaron el argumento de que faltaba el consentimiento informado, porque esa queja no se había planteado anteriormente.
 - **Causa de la desestimación:** la demanda fue desestimada por prescripción y porque se consideró que el consentimiento informado había sido apropiado.
 - **Fallo de la Audiencia Provincial:** la Audiencia Provincial desestimó el recurso de apelación, confirmando la sentencia de 1ª Instancia.
 - **Indemnización final concedida:** no procede, ya que el recurso fue desestimado, y se consideró que el consentimiento informado fue apropiado.
- **CASO 4 – SAP Z 334/2024**
 - **Órgano judicial:** Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 4ª.
 - **Reclamación inicial:** demanda presentada en el Juzgado de 1ª Instancia contra el doctor y su aseguradora por responsabilidad médica producida por un tratamiento con ozonoterapia.
 - **Indemnización reclamada:** 305.442,93 euros.
 - **Resolución de Primera Instancia:** el Juzgado de 1ª Instancia desestimó íntegramente la demanda.
 - **CI:** la 1ª Instancia desestimó la demanda. La Audiencia Provincial de 2ª Instancia desestimó el recurso, decidiendo que la información sobre riesgos era adecuada según la ciencia en 2019, por lo que no hubo ausencia de consentimiento informado con relación a riesgos conocidos.

- **Fallo de la Audiencia Provincial:** la Audiencia Provincial desestimó el recurso de apelación, reafirmando la sentencia de 1ª Instancia.
- **Indemnización final concedida:** no procede, ya que la Audiencia consideró que no hubo mala praxis ni falta de consentimiento informado en el tratamiento.
- **CASO 5 – STSJ AR 1283/2024**
 - **Órgano judicial:** Tribunal Superior de Justicia de Aragón, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Primera.
 - **Reclamación inicial:** reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración Pública (Gobierno de Aragón) por los daños sufridos a la paciente y a sus padres causados por una intervención quirúrgica incorrecta.
 - **Indemnización reclamada:** 1.385.746,96 euros para la paciente y 100.000 euros para los padres.
 - **Resolución de Primera Instancia:** la Administración aceptó la responsabilidad patrimonial sólo por la falta de consentimiento informado, pero no por mala praxis.
 - **CI:** la Administración estimó parcialmente la reclamación, reconociendo responsabilidad por falta de consentimiento informado (daño moral). El TSJ estimó parcialmente el recurso, ratificando la ausencia de consentimiento por ser el documento notoriamente insuficiente.
 - **Fallo del Tribunal Superior de Justicia:** la Sala de lo Contencioso-Administrativo estimó parcialmente el recurso, reconociendo la responsabilidad patrimonial de la Administración.
 - **Indemnización final concedida:** 400.000 euros, añadiendo los intereses legales, por la falta de consentimiento informado.
- **CASO 6 – STSJ AR 1289/2024**
 - **Órgano judicial que resuelve:** Tribunal Superior de Justicia de Aragón, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª.
 - **Reclamación inicial:** recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la Orden de la Consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón, que desestimó una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el demandante. La reclamación se dirigió contra la Diputación General de Aragón y una aseguradora.
 - **Indemnización reclamada:** 153.308,37 euros.
 - **Resolución de Primera Instancia:** la Orden de la Consejera de Sanidad de 1 de diciembre de 2020 desestimó la reclamación de responsabilidad patrimonial, manifestando que no hubo infracción de la *Lex Artis* ni pérdida de oportunidad.

- **CI:** la Administración desestimó la reclamación, alegando que el riesgo ocurrido estaba informado en el consentimiento. El TSJ estimó parcialmente el recurso, pero basó su decisión en la pérdida de oportunidad por un retraso asistencial, no en la valoración del consentimiento.
- **Fallo del Tribunal Superior de Justicia:** el Tribunal estimó parcialmente el recurso, canceló la resolución administrativa y declaró la responsabilidad patrimonial de la Administración. Reconoció el derecho del recurrente a una indemnización.
- **Indemnización final concedida:** 15.000 euros, más los intereses legales desde la reclamación administrativa.
- **CASO 7 – STSJ AR 1309/2024**
 - **Órgano judicial que resuelve:** Tribunal Superior de Justicia de Aragón, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª.
 - **Reclamación inicial:** recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la Orden de la Consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón, que desestimó la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el demandante. La reclamación se dirigió contra la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
 - **Indemnización reclamada:** 150.000 euros, por los daños sufridos, más los gastos y los intereses de demora desde la reclamación administrativa.
 - **Resolución de Primera Instancia:** la Orden de la Consejera de Sanidad de 1 de junio de 2021 desestimó la reclamación, argumentando que no hubo infracción de la *Lex Artis* ni relación causa-efecto entre el retraso y las secuelas sufridas.
 - **CI:** la Administración desestimó la reclamación, alegando que las secuelas estaban expuestas en el consentimiento. El TSJ estimó parcialmente el recurso, pero fundó su decisión en la figura de la pérdida de oportunidad por retrasos en diagnóstico y tratamiento posterior, no en la valoración del consentimiento.
 - **Fallo del Tribunal Superior de Justicia:** la Sala estimó parcialmente el recurso, canceló la resolución administrativa y declaró la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociendo el derecho del recurrente a la indemnización.
 - **Indemnización final concedida:** 110.000 euros, más los intereses legales desde la reclamación administrativa.
- **CASO 8 – STSJ AR 1346/2024**
 - **Órgano judicial que resuelve:** Tribunal Superior de Justicia de Aragón, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª.

- **Reclamación inicial:** recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la Orden de la Consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón, que desestimó una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por la demandante. La reclamación se dirigió contra el Servicio Aragonés de Salud y la aseguradora.
- **Indemnización reclamada:** 600.000 euros, por daños y perjuicios obtenidos de la responsabilidad patrimonial.
- **Resolución de Primera Instancia:** la Orden de la Consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón de 21 de abril de 2022 desestimó la responsabilidad patrimonial solicitada.
- **CI:** la Administración aludió la firma del consentimiento informado. El TSJ desestimó el recurso, fundando su fallo en la ausencia de prueba de infracción de la *Lex Artis*, no en la validez o suficiencia del consentimiento informado firmado.
- **Fallo del Tribunal Superior de Justicia:** la Sala desestimó el recurso, corroborando la actuación de la Administración.
- **Indemnización final concedida:** No procede, ya que el recurso fue desestimado.
- **CASO 9 – STSJ AR 1747/2024**
 - **Órgano judicial que resuelve:** Tribunal Superior de Justicia de Aragón, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª.
 - **Reclamación inicial:** reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el demandante contra la Administración de Sanidad, por una intervención quirúrgica y sus complicaciones.
 - **Indemnización reclamada:** 177.605,32 euros.
 - **Resolución de Primera Instancia:** la reclamación de responsabilidad patrimonial fue desestimada por resolución presunta de la Administración, que no respondió a la solicitud dentro del plazo previsto (tres años).
 - **CI:** la Administración (1ª Instancia) desestimó la reclamación. El TSJ (2ª Instancia) desestimó el recurso contra la desestimación presunta. La sentencia del TSJ no declara insuficiente ni inválido el consentimiento ya que verificó que en él se expuso la información apropiada.
 - **Fallo del Tribunal Superior de Justicia:** la Sala desestimó en su totalidad el recurso interpuesto, concluyendo que no hubo infracción de la *Lex Artis* ni base para constatar negligencia. Consideró que el daño pudo haber ocurrido incluso durante el primer intento de intervención, y que el consentimiento informado señalaba los riesgos.
 - **Indemnización final concedida:** no procede, ya que el recurso fue desestimado. El Tribunal no encontró pruebas suficientes para acreditar mala praxis o negligencia en el acto médico.

Podemos concluir que se observan más casos públicos (cinco) que privados (cuatro). En cuanto a los resultados judiciales, se dictaron cinco sentencias desestimatorias (absolutorias), correspondientes a los casos 1, 3, 4, 8 y 9, y cuatro sentencias estimatorias parciales (condenatorias parciales), correspondientes a los casos 2, 5, 6 y 7.

4.7 Existencia y validez del consentimiento informado en las sentencias

La reclamación apoyada en la ausencia del consentimiento informado se encuentra en dos casos que nos sorprenden. Fácilmente se podrá comprobar esta apreciación, aunque no seamos juristas.

CASO 3 - SAP Z 1264/2024

Se trata de una reclamación civil por responsabilidad médica contra un traumatólogo y su aseguradora. La demanda argumentó solo una actuación negligente debido a un incorrecto tratamiento quirúrgico. La sentencia de Primera Instancia, además de desestimar la demanda por un defecto en la práctica de las técnicas quirúrgicas, indicó que cada una de las cuatro intervenciones practicadas a la paciente “contaban con el adecuado consentimiento informado”. No profundizó más en el tema porque el consentimiento informado no fue planteado en la demanda. Se condenó a costas a la paciente.

Es, en el recurso a la AP, cuando la parte apelante alegó la existencia de “pérdida de oportunidad” y que nunca se le facilitó información que permitiera una toma de decisión adecuada, por lo que existe una “per se” mala praxis que genera responsabilidad, incluso sin una intervención defectuosa.

El Tribunal de apelación destacó en sus fundamentos que este argumento sobre el consentimiento informado es un “argumento nuevo no esgrimido en la demanda”. Añadiendo “a mayor abundamiento”:

- El doctor demandado aportó documentos firmados por la paciente donde se recoge el consentimiento informado para todas las intervenciones.
- “No es cierto que la sentencia haya omitido toda referencia al consentimiento informado”, el extracto de la sentencia de instancia menciona su existencia.

Finalmente, el fallo desestimó el recurso de apelación y confirmó íntegramente la sentencia de Primera Instancia. Con relación al Consentimiento Informado, la desestimación se debió fundamentalmente a un motivo procesal porque el argumento relativo a la falta de consentimiento informado fue introducido por primera vez en la fase de apelación y no se pueden introducir cuestiones nuevas en apelación. El Tribunal no entró a valorar en profundidad si el consentimiento fue adecuado o no en el fondo, simplemente constata que la Primera Instancia sí lo mencionó y que la apelante no podía basar su recurso en esta cuestión no planteada previamente. Por lo tanto, en este caso, la cuestión del consentimiento informado es relevante por un aspecto procedimental que impidió su valoración en apelación.

CASO 1 - AAP TE 86/2024

Asunto que se lleva al Juzgado de Instrucción N.º 2 de Teruel por un supuesto delito de lesiones causadas por imprudencia profesional tras una cirugía de Hallux Valgus y la obtención de un consentimiento informado insuficiente respecto a la técnica empleada.

El informe forense consideró que la técnica fue acorde a lo esperable y las secuelas no eran atribuibles a negligencia, sino a un proceso imprevisible.

El auto de Primera Instancia declaró el sobreseimiento de la causa por imprudencia profesional y porque para su valoración lo determinante es la actuación quirúrgica en sí misma, siendo irrelevante penalmente los defectos invocados sobre el consentimiento informado.

La parte querellante recurrió el auto y solicitó la continuación de la causa por mala praxis en base a una “pérdida de oportunidad”, irregularidades de contenido como la firma y la necesidad de pruebas relacionadas con la técnica quirúrgica. Las partes impugnaron el recurso (Ministerio Fiscal, Gobierno de Aragón, defensa de la investigada) en base a la ausencia de indicios de imprudencia médica perseguible penalmente; afirmando que las hipotéticas irregularidades sobre la firma del consentimiento informado no determinan jurídicamente por sí mismas la existencia de imprudencia profesional penal, negando asimismo tales irregularidades.

El Tribunal, al desestimar el recurso, reiteró esta idea: las irregularidades alegadas en relación con el consentimiento informado no determinan jurídicamente por sí mismas la existencia de imprudencia profesional penal, ya que la intervención se realizó "conforme a las reglas de la experiencia y no ha habido mala praxis alguna". Menciona que consta un “documento de consentimiento informado para Hallux Valgus” firmado por la paciente. Sin embargo, el Tribunal añadió que este documento es genérico y que “no hace referencia a técnica quirúrgica alguna”, permitiendo por su redacción variar la técnica programada si surge un imprevisto.

La Resolución Final desestimó el recurso de apelación. Se confirma el sobreseimiento y archivo de la causa.

Estamos ante dos casos inexplicables, porque ninguno de los recursos se tenía que haber llevado a cabo.

El civil porque en un recurso no se pueden plantear nuevos argumentos de reclamación. Uno de ellos, fue la ausencia de información, cuando en la documentación constaba un documento de consentimiento informado correcto.

El penal, porque como bien dicen las sentencias, la ausencia de un consentimiento informado o un CI insuficiente por sí solo nunca es causa de delito, y porque nunca es un criterio de valoración de la correcta o incorrecta actuación médica o quirúrgica. Además, la “pérdida de oportunidad” solo tiene cabida en el ámbito civil o en la responsabilidad patrimonial. La valoración de la técnica quirúrgica descansa exclusivamente sobre su correcta indicación y realización.

Entonces, nos preguntamos: ¿por qué se recurrió? ¿Por una mala praxis del abogado que quiso continuar por falta de conocimientos o por querer seguir trabajando? ¿O fue el propio paciente quien, pese a haber sido debidamente informado por su abogado, decidió seguir adelante con la reclamación? Lo cierto es que no existían argumentos jurídicos sólidos que justificaran la interposición del recurso.

En los siete casos restantes se valora la ausencia de validez del consentimiento informado, por una **insuficiente información de los riesgos** de diversas intervenciones quirúrgicas en los consentimientos informados.

Quizás el más relevante sea el **CASO 5 - STSJ AR 1283/2024** porque la STSJ acaba centrándose únicamente en el consentimiento informado.

La reclamación contra la Administración y su aseguradora se apoyó en la mala praxis de una neurocirugía con resultado de secuelas graves y un consentimiento informado insuficiente ya que se le dio a firmar un “formulario genérico de consentimiento informado” “sin explicar ni analizar otra posibilidad, ni informar de los graves riesgos potenciales”. Se solicitó con relación a los daños y perjuicios sufridos por los demandantes, la cantidad de 1.385.74696€ a favor de la paciente, quien quedó en situación de gran invalidez y totalmente dependiente, así como 100.000 euros a favor de sus padres, ambos mayores de 85 años, debido al cambio de roles: pasaron de ser cuidados por su hija a convertirse en sus cuidadores. Además, más los intereses legales correspondientes.

La Administración estimó parcialmente la demanda por responsabilidad patrimonial de la paciente y desestimó la de los otros dos recurrentes. No obstante, no se especifica en la resolución cuál fue la cuantía finalmente concedida a la paciente.

El recurrente reclamó por las cantidades totales solicitadas y por el consentimiento informado. En su contestación, la Administración demandada reconoció la responsabilidad por “falta de consentimiento informado, indemnizable como tal infracción de *Lex Artis ad hoc* y como causa de responsabilidad individualizable. Sin embargo, entendió que no debía superar la cuantía indemnizatoria de lo reconocido en resolución administrativa, en la medida en que su indemnizabilidad lo será en tanto y como daño moral” y consideró que no se probó mala praxis quirúrgica, y que la indemnización por el daño moral derivado de la omisión del debido consentimiento informado no debería superar los 60.000 euros.

La STSJ recogió, entre otras, las consideraciones del Inspector médico que informó respecto al consentimiento informado que el documento de consentimiento informado existente es “insuficiente a los concretos acaecimientos del presente supuesto” y que, a pesar de la severidad de las complicaciones y secuelas, “ninguna de las complicaciones ni secuelas sufridas por la paciente figura en el documento de consentimiento” como debería. Asimismo, tanto el inspector médico, como el perito propuesto por la entidad aseguradora en sede administrativa concluyeron la clara relación de causalidad existente entre la cirugía practicada y las secuelas sufridas, así como la ausencia de consentimiento informado previo a la intervención por parte de la recurrente. Además, destacaron el alto riesgo derivado de una intervención quirúrgica como la realizada para la extirpación de un tumor en el IV ventrículo, especialmente cuando se trata de una resección total, como fue el caso. Aunque, la aseguradora consideró que el riesgo que se materializó “aparece descrito como riesgo posible y probable derivado de este tipo de intervención”.

La STSJ se centró en el consentimiento informado ante la ausencia de prueba de la infracción de la *Lex Artis* en la actuación médica. Recogió las tesis de los informes periciales y tomó buena nota de las conclusiones del Inspector Médico sobre la “clara relación de causalidad existente entre la cirugía practicada y las secuelas” y la “ausencia de consentimiento informado previo”.

El Fallo estimó parcialmente el recurso contencioso-administrativo, anuló la resolución administrativa y declaró la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociendo el derecho a la indemnización de los recurrentes de 400.000 euros por los daños y perjuicios sufridos más los intereses.

Se trata de la única sentencia que poseemos cuya resolución final descansa solamente sobre el consentimiento informado. A partir de sus fundamentos de derecho, podemos extraer las siguientes conclusiones relevantes sobre el CI:

- La ausencia de consentimiento informado supone una “vulneración de la *Lex Artis ad hoc*”.
- Esta infracción adquiere relevancia jurídica si se acredita relación de causalidad entre el acto médico y el daño, lo cual en este caso se reconoce y se señala que dicha relación “entraña la generación de responsabilidad patrimonial”.
- La ausencia de consentimiento informado implica la lesión del “poder de la persona de autodeterminarse”, “lo que a su vez podría constituir una lesión de la dignidad de la misma”, constituyendo “un evidente daño moral”. El paciente debió tener la oportunidad de “elegir, entre otro tratamiento, o el mismo, o desistir del mismo, o acceder a una segunda opinión o simplemente a demorar la intervención”.
- En cuanto a la reparación, la indemnización por daño moral carece de módulos objetivos y debe ser “una cifra razonable que ponderará todas las circunstancias concurrentes en el caso”.

Así, la sentencia concluye que:

“En el presente caso, la fijación del *quantum* indemnizatorio pasa necesariamente por el análisis de las circunstancias en presencia. Y así, nos hallamos ante una paciente, la recurrente, que, al tiempo de la intervención quirúrgica y la causación del resultado lesivo, se encontraba en torno a los cincuenta años, con una vida profesional y personal plena e independiente, debiendo estar al tanto de la evolución de unos padres que comenzaban a necesitar de su atención, si no de sus cuidados.

El resultado de una intervención, por un proceso de larga evolución, como la que recibió y a la que fue sometida, consta en esta sentencia. Entró por su pie y terminó finalmente, tras la intervención quirúrgica -es cierto que, de importantes riesgos, de los que no fue informada-, y seguimiento postquirúrgico y sucesivas revisiones también quirúrgicas, para el tratamiento de su hidrocefalia -hasta siete intervenciones ulteriores- con una declaración de gran invalidez irreversible, al no ser capaz por sí misma ni para las mínimas acciones cotidianas. Menos capaz será de cuidar de sus padres que, ya en el entorno de los noventa -o algo menos- años de edad, cada vez van a necesitar más de atenciones, que no podrán provenir ya de su hija. Antes bien, son ellos los que habrán de atender en la medida de sus posibilidades y aptitudes a su hija”.

“Todo ello hace que debamos nosotros ahora fijar una cuantía indemnizatoria, común a todos los reclamantes y por todos los conceptos, de cuatrocientos mil euros (400.000€) que, atendidas las circunstancias concurrentes, y conscientes de la dificultad del acierto en la fijación de la cuantía, consideramos como adecuada y proporcionada al alcance de los daños sufridos por la paciente y sus padres”, al margen de los intereses por demora (art. 20, Ley de contrato de seguro de 1980).

La estimación de la cuantía indemnizatoria del daño moral causado por la ausencia o insuficiente información en el consentimiento tiene una gran relevancia. La sentencia nos muestra por un lado que lo ha determinado de forma individualizada y separada de los daños causados por las lesiones/secuelas, pero, por otro lado, no expone cómo alcanza la cifra indemnizatoria separando sus conceptos, apoyados en el criterio de la valoración de “todas las circunstancias concurrentes en el caso”.

De forma contraria al caso anterior, el **CASO 2 - SAP Z 1019/2024** la condena se fundamenta en la existencia de un daño desproporcionado y, por este motivo, no tiene en cuenta la insuficiencia del consentimiento informado en la indemnización.

Se trata de una reclamación por daños y perjuicios tras diversas intervenciones de cirugía estética -medicina voluntaria- en la que se alegó tanto mala praxis médica (por daño desproporcionado) como un consentimiento informado insuficiente. La parte demandante solicitó una indemnización de 84.438,86 euros, en atención a los múltiples y graves defectos estéticos tras la cirugía de mastopexia sin prótesis, liposucción y dermolipectomía que presentaba la paciente.

La clínica demandada argumentó, al margen de que un resultado previsto no puede tacharse de desproporcionado que, el resultado “se encuentra contemplado expresamente en el consentimiento informado facilitado previamente a la paciente”, quien, además, tuvo tiempo para leerlo, valorarlo y se advirtieron de los riesgos.

La sentencia de Primera Instancia estimó parcialmente la demanda considerando tanto la mala praxis por un resultado desproporcionado como la insuficiencia del consentimiento informado, al ser este de carácter “genérico” y no adaptado a los tratamientos concretos realizados, pudiendo generar expectativas no acordes.

Se condenó con la cantidad de 59.438,86 euros por los diversos daños personales derivados de las lesiones temporales y secuelas, que enumera y desglosa aportando las cantidades de cada uno de ellos, pero no contempla en la indemnización el daño moral causado por el defecto del consentimiento informado.

La Audiencia Provincial, basada en el informe pericial, concluyó que el resultado de las intervenciones estéticas fue “malo, grosero, desproporcionado” y “empeora el cuerpo de forma evidente”. El perito “sospecha” un error en la elección de la cánula basándose en los resultados. Este resultado no se justifica ni siquiera por un consentimiento informado, ya que las “cicatrices tolerables” serían las normales e informadas, no las que “deriven de mala praxis”.

Finalmente, se condenó por la existencia de una infracción de la *Lex Artis* debido a un daño desproporcionado y redujo la indemnización por daños personales a 56.663,86 euros.

El tribunal analiza extensamente el consentimiento informado. Expone la evolución del concepto desde el paternalismo a la autonomía del paciente y el derecho a decidir tras recibir información adecuada. Cita normativas como la Ley 41/2002 y el Convenio de Oviedo. Subraya el “mayor rigor” exigido para el consentimiento informado en casos de medicina voluntaria o satisfactiva (como la cirugía estética), para evitar que intereses económicos lleven a “magnificación de las expectativas y banalización de los riesgos” o a “silenciamiento de los riesgos excepcionales”.

Tras ello, la resolución expone lo siguiente:

“La demandante alegó que la firma del consentimiento fue una actuación meramente formal, sin la presencia de la cirujana, ante una empleada de la clínica, que se limita a facilitarle unos documentos en los que le marcaron con cruces los lugares en que tenía que estampar la firma. No propuso la demandada la testifical de la actora para desacreditar tal hecho y la testifical de la cirujana: que sí afirmó haberle asesorado primero someramente y luego con explicación de preoperatorio, riesgos y postoperatorio; no fue concluyente acerca del hecho de haberse firmado el consentimiento informado en su presencia, limitándose a afirmar que estaba su sello y su firma, sin aseverar que ella efectuara la integridad de las explicaciones de los documentos consentimientos informados y que se firmaran por la paciente en su presencia. Y debemos recordar que como afirma la Sentencia del Tribunal Supremo, Civil sección 1 del 15 de noviembre de 2006 (ROJ: STS 6788/2006): “el consentimiento informado es de esa forma presupuesto y elemento esencial de la *Lex Artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial, constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y ahora, con más precisión, con la ley 41/2002, de 14 de noviembre de la autonomía del paciente, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad. Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto. Es razón por la que en ningún caso el consentimiento prestado mediante documentos impresos carentes de todo rasgo informativo adecuado sirve para conformar debida ni correcta información. Son documentos ética y legalmente inválidos que se limitan a obtener la firma del paciente pues aun cuando pudieran proporcionarle alguna información, no es la que interesa y exige la norma como razonable para que conozca la trascendencia y alcance de su patología, la finalidad de la terapia propuesta, con los riesgos típicos del procedimiento, los que resultan de su estado y otras posibles alternativas terapéuticas. Es, en

definitiva, una información básica y personalizada, en la que también el paciente adquiere una participación activa, para, en virtud de la misma, consentir o negarla intervención.””.

En todo caso, la Sentencia del Tribunal Supremo, Civil, Sección 1.ª, de 28 de noviembre de 2007 (ROJ: STS 7788/2007) establece que es exigible que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, pues se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él, y que integran, además, una de sus obligaciones fundamentales. Sin embargo, la sentencia analizada concluye que la resolución del litigio no precisa de la comparación entre los riesgos advertidos y el resultado, cuando nos enfrentamos ante un supuesto de infracción de la *Lex Artis*.

Hemos reproducido este último análisis del consentimiento informado porque resalta su importancia e indica que en este caso de cirugía plástica satisfactiva lo considera insuficiente. La pregunta que nos formulamos es la siguiente: ¿Por qué, habiendo mala praxis, el consentimiento informado no se menciona expresamente en el fallo ni se contempla en la indemnización? La propia sentencia nos da la respuesta: lo considera incluido en la infracción de la *Lex Artis*.

En el caso anterior, resuelto por el Tribunal Superior de Justicia, en el que únicamente se condena por el consentimiento informado, se indemniza por el daño moral causado por este motivo. Sin embargo, en esta sentencia de la Audiencia Provincial, al existir unos daños personales derivados de una mala praxis en la actuación médica, considera que defecto del consentimiento informado queda incluido en dicha infracción.

Esto nos lleva a una cuestión relevante: ¿Estamos ante una disparidad de criterios entre tribunales a la hora de valorar e indemnizar los defectos en el consentimiento informado? Tal y cómo indicamos en la introducción, existen sentencias con diferentes líneas jurisprudenciales que abordan la reparación del daño causado por la falta o insuficiencia del consentimiento informado:

- En algunos casos, se indemniza exclusivamente por el daño moral causado.
- En otros, en función de los daños derivados de complicaciones no informadas producidas por la actuación médica.
- Y en algunos supuestos, se contemplan ambos conceptos.

En la sentencia del TSJ vemos que se ha tomado como referencia el primer criterio, mientras que en la sentencia de la AP se sigue el segundo, sobre la base de la producción de daños personales causados por la infracción de la *Lex Artis*.

Desde nuestro punto de vista, lo razonable sería que en casos como el de la AP se indemnizaran de forma autónoma e independiente tanto los daños personales causados por la mala praxis médica como el daño moral derivado de la insuficiencia del consentimiento informado, al tratarse de hechos distintos. Si en los casos en los que no existe mala praxis se reconoce el daño moral por defecto en el consentimiento, ¿por qué no se hace lo mismo cuando sí la hay? No consideramos este planteamiento ni justo ni equitativo.

El siguiente caso que analizamos por un consentimiento informado insuficiente por no informar de los riesgos sucedidos es el **CASO 4 - SAP Z 334/2024**. En él se obtuvo la absolución porque las complicaciones del evento sucedido e informado en 2019 se desconocían científicamente en esta fecha.

Se trata de la reclamación por un daño desproporcionado (secuelas neurológicas) sucedidas tras una infiltración paravertebral bilateral (ozonoterapia), que se absolvió en Primera Instancia por daño desproporcionado y por ausencia de la información de los riesgos en el CI. La AP también absolvió, y en relación con el consentimiento informado expuso lo siguiente:

“La información proporcionada fue adecuada al estado de los conocimientos médicos en 2019. El profesional demandado no podía informar a la paciente del riesgo de sufrir una encefalopatía o un infarto cerebral y la consiguiente pérdida de visión, reversible o no, y demás secuelas descritas, porque en ese momento la ciencia médica no había documentado aún tales riesgos, ni siquiera en pacientes con múltiples patologías como las sufridas por la paciente. Como hemos anticipado, el artículo 10 de la Ley 41/2002 centra la información básica de los riesgos probables “en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención”. Por tanto, como los conocimientos de la ciencia no habían llegado a catalogar en 2019 ninguna enfermedad como la aquí debatida a consecuencia de la infiltración por ozono, no se puede hablar de mala praxis, ni de ausencia de consentimiento informado, ni de pérdida de oportunidad”.

No es infrecuente que se reclame por daños o complicaciones derivados de actos médicos desconocidos por la ciencia médica en el momento que se realizó. Si la ciencia médica no conocía o no tenía probado que un determinado acto médico podía producir determinadas complicaciones, en aquel momento eran imprevisibles y era imposible que fueran informadas en la obtención del consentimiento informado.

Todo informe pericial de valoración de responsabilidad profesional médico-sanitaria debe valorar los hechos de acuerdo con la ciencia médica o avances científicos del momento en el que se practicó el acto médico y las circunstancias en las que se realizó.

En este sentido, la sentencia nos recuerda dos consecuencias jurídicas y médico-legales esenciales:

- La importancia de la evolución de la medicina y de sus conocimientos, que implica la continua revisión y actualización de los consentimientos informados conforme, en este caso incluyendo un riesgo específico y típico de la ozonoterapia, los infartos cerebrales.
- La imposibilidad de considerar la existencia de un daño desproporcionado cuando las complicaciones derivadas del acto médico eran en su momento imprevisibles e inexplicables.

Aunque no lo habíamos resaltado anteriormente, debemos resaltar la importancia de los informes periciales en todos los asuntos de responsabilidad profesional médica. En este caso, al igual que en otros, la sentencia muestra las aportaciones realizadas por los diferentes peritos y testigos de los que se extrajo que el infarto

cerebral es una de las complicaciones de la ozonoterapia conocida a partir de 2021. Sin los informes periciales los tribunales no pueden valorar con precisión la *Lex Artis ad hoc*.

Finalizamos el estudio de nuestras sentencias con los cuatro casos en los que se absolvió de responsabilidad por insuficiencia del consentimiento informado, tras comprobarse que este había sido correctamente elaborado.

En los **CASOS 6 - STSJ AR 1289/2024** y **7 - STSJ AR 1309/2024**, al valorar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, las respectivas Órdenes de la Consejería de Sanidad señalaron que se obtuvo el consentimiento informado de las cirugías practicadas constando en ellos las complicaciones sufridas por los pacientes y, que no hubo mala praxis en ninguno de ellos. Las sentencias del TSJ estimaron parcialmente las demandas por pérdida de oportunidad y ya no se pronunciaron sobre el consentimiento informado.

Sin embargo, en los **CASOS 8 - STSJ AR 1346/2024** y **9 - STSJ AR 1747/2024**, aunque los recursos presentados por la Administración no incluyeron alegaciones específicas sobre el consentimiento informado, y se defendió la ausencia de mala praxis, las sentencias del TSJ dedicaron parte de sus fundamentos jurídicos a examinar la cuestión del consentimiento. A pesar de no ser un motivo de impugnación directa, los tribunales analizaron su relevancia, subrayando su trascendencia ética y jurídica, y concluyeron que también en estos supuestos se había proporcionado adecuadamente, procediendo nuevamente a la absolución por corrección en la actuación médica. Estos fallos reafirman la importancia del consentimiento informado en la práctica clínica, incluso cuando no es objeto de debate procesal directo.

Para terminar, el consentimiento informado es el medio de prueba fundamental para los tribunales. Por medio de él, los médicos acreditan, conforme a la Ley 41/2002 y al resto del ordenamiento jurídico sanitario, que:

- Han informado correctamente al paciente sobre la naturaleza del acto médico, su finalidad, sus posibles consecuencias, los riesgos y complicaciones, las alternativas terapéuticas existentes, así como las consecuencias de la negativa al tratamiento propuesto.
- La libre decisión del paciente de forma libre, voluntaria, con plena autonomía y respeto a su dignidad personal.

Considerando los resultados y los problemas observados en la jurisprudencia analizada, se proponen las siguientes mejoras y recomendaciones en la aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica para así reducir conflictos legales y mejorar la seguridad jurídica en la relación médico-paciente:

1. Reforzar la formación en habilidades comunicativas: el CI debe ser un proceso de comunicación activo, el cual debe ser comprensible y adaptado a cada paciente. Es fundamental que los profesionales sanitarios reciban formación continua en este ámbito.

2. Personalizar la información: evitar el uso de formularios genéricos. La información debe ser la adecuada para cada paciente en concreto, teniendo en cuenta sus circunstancias personales y patologías. Deben explicarse los riesgos típicos, los probables según la experiencia y la ciencia, los específicos del paciente y las consecuencias de no aceptar el tratamiento. En medicina satisfactiva, el rigor en la información debe ser aún mayor.
3. Informar con antelación suficiente y de forma continuada: el paciente debe recibir la información con tiempo para poder reflexionar y tomar una decisión libre y responsable. La información debe ser proporcionada de forma progresiva, adaptada a las necesidades del paciente y a su evolución a lo largo de todo el proceso asistencial.
4. Documentar adecuadamente el proceso de información y el consentimiento: aunque el consentimiento es verbal por regla general, debe constar por escrito en los casos previstos por la ley (intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasores o de riesgo evidente, ensayos clínicos, reproducción asistida). Es crucial dejar constancia en la historia clínica de la información verbal proporcionada, de la comprensión del paciente y de las preguntas que haya realizado. El documento de CI debe estar firmado por el paciente (o su representante) y por el profesional que informa y obtiene el consentimiento. Poseer esta documentación es esencial ante posibles reclamaciones, ya que su ausencia invierte la carga de la prueba.
5. Mantenerse actualizado en conocimientos científicos: los profesionales sanitarios deben estar al día con los avances científicos para poder informar adecuadamente sobre los riesgos asociados a los procedimientos. Las plantillas de consentimiento informado deben ser actualizadas periódicamente para incluir los conocimientos emergentes conocidos.
6. Clarificar la indemnización del daño moral por defecto del CI: sería conveniente una mayor uniformidad judicial o la elaboración de criterios orientativos para valorar y cuantificar el daño moral derivado de la vulneración del derecho a la autonomía, de forma autónoma e independiente de la indemnización por los daños físicos o secuelas derivadas de una posible mala praxis. La pérdida del derecho a decidir libremente constituye un daño en sí mismo que merece ser reparado, incluso si el acto médico fue técnicamente correcto o si coexiste con un daño físico.
7. Garantizar un asesoramiento legal adecuado: tanto pacientes como profesionales sanitarios deben contar con asesoría legal especializada que comprenda las complejidades de la responsabilidad médica y el CI, incluyendo los aspectos procedimentales que pueden determinar el éxito o fracaso de una reclamación.

5. CONCLUSIONES

Tras el análisis detallado de las nueve sentencias seleccionadas de las Audiencias Provinciales y el Tribunal Superior de Justicia de Aragón, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. El CI constituye un pilar fundamental de la relación médico-paciente y su omisión o defecto es una causa importante de reclamaciones judiciales por responsabilidad médica en Aragón.
2. En la práctica judicial analizada, las reclamaciones se basan frecuentemente tanto en la infracción de la *Lex Artis ad hoc* como en la ausencia o insuficiencia del CI, siendo causas que a menudo coexisten como base de la demanda.
3. Las especialidades quirúrgicas reúnen el mayor número de litigios, lo cual se atribuye a los mayores riesgos relacionados a este tipo de intervenciones y la mayor exigencia informativa que ello conlleva.
4. Los daños reclamados son varios, incluyendo secuelas físicas, perjuicio estético grave y, de manera destacada, el daño moral derivado de la vulneración del derecho fundamental a la autonomía del paciente al no ser debidamente informado.
5. Existe una variabilidad en la forma en que los tribunales valoran e indemnizan los daños asociados al defecto del CI. Mientras una sentencia del TSJ indemnizó autónomamente el daño moral causado por la insuficiencia del CI, incluso sin probar mala praxis técnica, otra sentencia de la AP, al existir daño personal por mala praxis, pareció considerar el defecto del CI absorbido por la infracción de la *Lex Artis*. Esta falta de consonancia refleja la necesidad de criterios más claros y coherentes para la cuantificación del daño moral.
6. El documento de CI es el medio de prueba fundamental para demostrar que se cumplió con el deber de informar y obtener el consentimiento del paciente. La ausencia de este documento o su carácter genérico o insuficiente puede invertir la carga de la prueba, obligando al profesional sanitario a demostrar que la información se proporcionó verbalmente de forma adecuada y suficiente.
7. La validez del CI está sujeta al estado del conocimiento científico en el momento del acto médico. No se puede exigir al profesional informar sobre riesgos que eran científicamente desconocidos en ese momento.
8. La importancia del CI es tal que, incluso cuando no es el objeto central de la controversia, los tribunales lo analizan, lo que subraya su importancia tanto ética como legal en la práctica médica.
9. Se identificaron casos donde errores procedimentales (como introducir el argumento de falta de CI por primera vez en apelación) o la naturaleza penal del procedimiento (donde el defecto del CI es irrelevante penalmente) impidieron una valoración de fondo del CI lo que refuerza la necesidad de una correcta introducción de los argumentos y la adecuada contemplación del CI en los procesos judiciales.

10. A modo de cierre, y a la luz de las resoluciones judiciales analizadas, se observa que muchos conflictos relacionados con el CI por deficiencias en la documentación, comunicación o personalización del proceso informativo. En este sentido, se proponen mejoras estructurales orientadas a reforzar la calidad asistencial y la seguridad jurídica: formación continua en habilidades comunicativas, proporcionar información comprensible y adaptada a cada paciente, actualización periódica de los formularios, hacer entrega del CI con la antelación suficiente, adecuada documentación en la historia clínica, y criterios de indemnización más uniformes ante la vulneración de la autonomía. La implementación adecuada de estas medidas disminuiría la litigiosidad, fortalecería la relación médico-paciente y garantizaría un ejercicio profesional ético y respetuoso con los derechos fundamentales.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D. Fundamentos de bioética. 3.ª ed. Madrid: Triacastela; 2008.
2. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, consentimiento informado, intimidad clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Comares; 2003.
3. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina: Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Boletín Oficial del Estado. 1999;(251):36825-30.
4. 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. Boletín Oficial del Estado. 2002;(274):40126-32.
5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 2003;(128):20567-88.
6. Sánchez Gómez A. La información al paciente y el consentimiento informado en el Derecho español: referencia legal y jurisprudencial y praxis. En: Romeo Casabona CM, Nicolás Jiménez P, Romeo Malanda S, editores. Manual de Bioderecho. Madrid: Dykinson; 2022.
7. Sánchez-Caro J, Abellán-García F. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002. Rev Derecho Genoma Hum. 2006;(17):59-76.
8. González García A. Responsabilidad civil por mala praxis médica y reglas de su detección. El Derecho [Internet]. 2023 [citado 2025 may 13]. Disponible en: <https://elderecho.com/responsabilidad-civil-por-mala-praxis-medica-y-reglas-de-su-deteccion>
9. Tribunal Supremo (Sala 1ª). Sentencia de 28 de junio de 2021. Recurso N.º 1234/2019.
10. Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (Sala de lo Contencioso). Sentencia de 4 de febrero de 2025. Recurso N.º 567/2023.
11. Sáinz-Cantero Caparrós JE. Consideraciones sobre el deber de información en el marco de la actividad sanitaria. En: Morillas Cueva L, Lledó Yagüe F, editores. Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional. Madrid: Dykinson; 2012. p. 225-50.
12. Fundación A.M.A. Informe de siniestralidad médica 2023. Madrid: Fundación A.M.A.; 2023.
13. Organización Médica Colegial. Consentimiento informado y decisiones clínicas. Comisión Central de Deontología. Madrid: OMC; 2022 [citado 2025 may 13]. Disponible en: <https://www.cgcom.es>
14. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil). Sentencia STS 1197/2007, 4 diciembre 2007. ECLI:ES:TS:2007:1197.
15. Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 5ª). Sentencia SAP 163/2019, 26 abril 2019. ECLI:ES:APZ:2019:163.
16. Tribunal Superior de Justicia de Aragón (Sala Contencioso-Administrativo). Sentencia STSJ Aragón 311/2021, 15 julio 2021. ECLI:ES:TSJAR:2021:311.
17. Sáinz-Cantero Caparrós JE. Consideraciones sobre el deber de información en el marco de la actividad sanitaria. En: Morillas Cueva L, Lledó Yagüe F, editores. Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional. Madrid: Dykinson; 2012. p. 225-50.

18. González García A. Responsabilidad civil por mala praxis médica y reglas de su detección. El Derecho [Internet]. 2023 [citado 2025 may 13]. Disponible en: <https://elderecho.com/responsabilidad-civil-por-mala-praxis-medica-y-reglas-de-su-deteccion>
19. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986;(102):15207-24.
20. Tribunal Supremo (Sala 1ª). Sentencia 240/2008, 31 marzo 2008. ECLI:ES:TS:2008:240.
21. Romeo Casabona CM. La autonomía del paciente y el consentimiento informado: evolución legislativa y jurisprudencial. En: Manual de Bioderecho. Madrid: Dykinson; 2022. p. 123–41.
22. De Lorenzo R. Responsabilidad sanitaria y Lex Artis. Derecho y Salud. 2010;20(1):45–53.
23. Cámara C, Silvestre J. Consentimiento informado: implicaciones jurídicas y médicas. Revista de Derecho Sanitario. 2018;22(3):113–29.
24. Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia 4637/2008, 29 de junio de 2010. ECLI:ES:TS:2010:3498.
25. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 482/2004, 28 de mayo de 2004. ROJ: STS 482/2004.
26. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 1769/2014, 7 de mayo de 2014. ROJ: STS 1769/2014.
27. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 232/2015, 3 de febrero de 2015. ROJ: STS 232/2015.
28. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 6994/2009, 20 de noviembre de 2009. ROJ: STS 6994/2009.
29. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 1079/2010, 3 de marzo de 2010. ROJ: STS 1079/2010.
30. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 3589/2013, 19 de julio de 2013. ROJ: STS 3589/2013.
31. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 4355/2021, 30 de noviembre de 2021. ROJ: STS 4355/2021.
32. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia 279/2012, 16 de enero de 2012. ROJ: STS 279/2012.
33. Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección X). Sentencia 1019/2024. Fundamentos de derecho. [Consulta indirecta, cit. en STS].
34. Tribunal Supremo. Sentencia 397/2001, de 18 de abril. RJ 2001\4377.
35. Tribunal Supremo. Sentencia 242/2006, de 10 de marzo. RJ 2006\2046.
36. Tribunal Supremo. Sentencia 209/2008, de 14 de marzo. RJ 2008\1137.
37. Tribunal Supremo. Sentencia 2187/2010, de 4 de junio de 2013. ROJ: STS 2883/2013.
38. Tribunal Supremo. Sentencia 6710/2010, de 2 de enero de 2012. ROJ: STS 4/2012.